التشخيص الإكلينيكي

دليل الاختبار النفسي التشخيصي

تحليل الشخصية وكتابة التقرير

ترجمة وتقديم

أ.م.د. محمد أحمد محمود خطاب



مكتبة الأنجلو المصرية

دليل الاختبار النفسي التشخيصي
تحليل الشخصية وكتابة التقرير

Handbook of Psyhodiagnostic Testing
Personality Analysis & Report Writing

Dr/ Anthany Burry
مدير مساعد للتدريب
قسم علم النفس
منسق الاختبار النفسي

Dr/ Henry Kellerman
أستاذ مشارك
قسم علم النفس
مدير التدريب الداخلي بقسم علم النفس

مركز الدراسات العليا للصحة النفسية (نيويورك)

ترجمة وتقديم
د/ محمد أحمد محمود خطاب
أستاذ مساعد بقسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة عين شمس

المحتويات

الفصل الأول
الإحالة

الفصل الثاني
أجزاء حول التقرير النفسي التشخيصي النمطي

الفصل الثالث
المقابلة الشخصية الإكلينيكية

الفصل الرابع
اختبار الواقع والوظيفة المعرفية: (الذهان)

الفصل الخامس
اختبار الواقع والوظيفة المعرفية: (اضطرابات الشخصية والعصابات)

الفصل السادس
الوظيفة العقلية

الفصل السابع

الوظيفة العقلية

الفصل الثامن

طبيعة القلق

الفصل التاسع

الدفعة مقابل التحكم: تبدلات الدفعة وتقلباتها

الفصل العاشر
الدفعة مقابل التحكم: طبيعة مكانيزمات السيطرة

الفصل الحادي عشر
البناء الدفاعي

الفصل الثاني عشر
سلوك العلاقات بين الأشخاص (الهوية)

الفصل الثالث عشر
السلوك بين الأشخاص: (تشخيص الشخصية)

الفصل الرابع عشر
التشخيص وتقييم مسار الحالة المرضية

الفصل الخامس عشر
التشخيص وتقييم مسار الحالة المرضية

مقدمة المترجم

يعتبر التشخيص النفسي الإكلينيكـــي Clinical Psychodiagnosis أو التقيـــيم الإكلينيكي Clinical Assessment or Evaluation، أو ما يسمى بالتـــشخيص أو التقييم النفسي الإكلينيكـــي Psychodiagnosis Clinical Assessment مـــن أهـــم المجالات التي يعمل فيها الأخصائي النفسي الإكلينيكي. والمعنى الشامل للتشخيص في علم النفس الإكلينيكي هو: فهم المشكلات والاضطرابات النفسية أو العـــصابية والذهانية للفرد، والتنبؤ بسير المرض Prognosis، وبذلك تصبح خطـــوة أساســـية تسبق العلاج النفسي، إذن بدون التشخيص الصحيح لا يمكن توجيه المريض إلـــى العلاج المناسب.

وكلمة تشخيص Diagnosis مستمدة من أصل إغريقي يعني: "الفهم الكامـــل"، بمعنى: فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب، وتجميع الملاحظـــات فـــي صورة متكاملة، ثم نسبتها إلى مرض معين محدد. فالتشخيص إذن هو فهم للمرض وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية في زملة مرضية Syndrome. وتـــصنيف الأعراض المرضية إما تصنيفاً وصفياً Descriptive elssification، أو تبعاً لعلاقة طبيعية حيوية Taxonomy، بالإضافة أيضاً لمـــا يـــسمى بالتـــشخيص الفـــارقي Differenrtial Diagnosis، وفيه يحاول الأخصائي النفسي الإكلينيكـــي أن يفـــرق بين مرض وآخر.

أما مصطلح التقييم النفـــسي الإكلينيكـــي Clinical Assessment or Evaluation فإنه مأخوذ في اللغة الإنجليزية من وضع قيمة للشيء بقصد تحديد الضريبة التي تؤخذ عليه، وفي اللغة العربية تحديد قيمة الشيء.

ولكن ما المقصود بالتقييم الإكلينيكي؟ يقصد بهذا المصطلح عـــدة معـــان منهـــا ما يلـــي:

- الطرق التي نفهم بها الآخرين أي كيف نكون فكرة أو انطباعاً عـــن شـــخص معين.
- جمع المعلومات الخاصة بفرد من الأفراد والمجال الذي يعيش فيه، وتنظيمها وتفسيرها.

- وصف سلوك الأفراد في مجالات حياتهم الطبيعية وتفسيره، والتنبؤ بسلوكهم في المستقبل.
- وبناءً لما سبق فإن التقييم الإكلينيكي هو العملية التي تستخدم للوصول إلى قرار ولتكوين صورة أو نموذج ملائم عن المريض موضوع المساعدة.

ووفقاً لما سبق فإن هناك نوعان من التصنيفات والتي تساعدنا بشكل عملي ومنهجي في إجراء العملية التشخيصية بشكل سليم، ويمكن توضيحهما من خلال طرح تساؤل ألا وهو: كيف لنا أن نعرف أن طفلاً ما أو مراهقاً ما أو شخصاً ما يعاني من العصاب أو الذهان أو مصاباً باضطرابات الشخصية؟

هنا كن مدخلان للإجابة عن هذا السؤال وهما كما يلي:

أ – النظم الفئوية، وهذا مدخل الطب النفسي(*).

ب– والنظام البُعدي، أي المعتمد على الأبعاد، وهذا مدخل سيكولوجي.

أولاً: النظم الفئوية Categorical Systems:

تسمى النظم التصنيفية للعصاب وللذهان ولاضطرابات الشخصية ولاضطرابات النمائية والارتقائية في الطب النفسي نظماً فئوية تعتمد على عدد الأعراض، وشدتها، ودوامها، ومدى إعاقتها للفرد. ومن أكثر النظم الفئوية شيوعاً: الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM-5) بإصداراته السابقة واللاحقة والصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA)، والتصنيف الدولي العاشر للأمراض النفسية (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO).

وتُعد هذه النظم الفئوية هادياً للطباء وللأخصائيين النفسيين أثناء العملية التشخيصية، فضلاً عن أهميتها في إجراء الأبحاث والتدريب والعلاج الإكلينيكي. ومع ذلك فهناك اتفاق واسع على أن نظام التصنيف الفئوي في الطب النفسي ينقصه الصدق، وخاصة فيما يتعلق بإعطاء وزن واحد للمحكات التشخيصية.

ثانياً: النظام البُعدي المعتمد على Dimensional System:

والافتراض العام لهذا المنحى هو أن الوحدات المرضية كمية –[فالفروق بين الأفراد سواء في العصاب أو الذهان أو الاضطرابات الشخصية أو في

* أحمد محمد عبد الخالق (٢٠١٦): اكتئاب الطفولة والمراهقة، مكتبة الانجلو امصرية، القاهرة، ص.ص: ٥٥–٥٧.

الاضطرابات النمائية والارتقائية هي فروق كمية وليست نوعيـة؛ فـالفرق فـي الدرجة وليس في النوع]- ومستمرة، وخطية، وأن الفرق بين الأفراد يُنظـر إليهـا على ضوء الابتعاد عن المستويات الكمية للأعراض، كما يعتمد النظام البعدي على تقدير السلوك والتحليلات الإحصائية.

والميزة الأساسية للمنحى البُعـدي فـي التـصنيف، أن تجمعـات الـسلوك والانفعالات تُستخرج من خلال البيانات العملية الواقعية ويتم مقارنة سلوك الأفراد بالمعايير السوية؛ أي بالمتغيرات التطورية، وبالصفحات النفسية الإكلينيكية لعينات وشرائح عمرية مختلفة، ووفقاً للنوع (ذكور/ إناث) أيضاً.

ومع ذلك فإن المشكلة الأساسية في المنهج البُعدي، أنـه لا يـسمح بتكـوين تشخيص إكلينيكي بشكل قاطع؛ وهذا راجع إلى أسباب كثيرة نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر: نوع الإجراءات الإحصائية المستخدمة في التقنـين واسـتخراج المعايير، وعدد بنود الاختبار ومضمونها، وعدد أفـراد العينـة المـستخدمة فـي التحليل، هذا بالإضافة إلى ثبات وصدق الاختبار.

مقارنة بين المنحى الفئوي والمنحى البُعدي:

لكل من المنحى الفئوي والمنحى البُعدي مزايـا خاصـة، فالمـدخل الفئـوي مطلوب لاتخاذ القرار الإكلينيكي، ولكن المنحى البُعدي يسمح بفحص كل الجوانب الخاصة بتدرج خطورة الحالة، ويجعل من الممكن دراسة متعلقات هذه الخطـورة، كما يفضل بعض الباحثين المدخل البُعدي أيضاً لأنه يعطي قوة إحصائية أكبر عنـد تحليل البيانات، ومع ذلك فإن المدخل البُعدي غالباً ما يكون مقصوراً على القيـاس من خلال فترات حديثة من الزمن (كالأسبوع، أو الشهر المنقضي)، على العكـس من المدخل الفئوي التي يمكن أن تطوع للتقدير خلال تاريخ الحياة، ومع ذلك فـإن كل مدخل له استخدامات خاصة في مختلفة السياقات، وإن كان استخدامهما معاً هو الأفضل على كل المستويات.

إشكاليات حول التشخيص أو التقييم الإكلينيكي:

يختلف الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون في موضع التقيـيم (التـشخيص) الإكلينيكي أثناء عملهم مع الأفراد الذين يحتاجون إلى مساعدة. فالبعض يـرى أن التشخيص أو التقييم الإكلينيكي يجب أن يسبق العلاج أو المـساعدة التـي يقـدمها

الأخصائي النفسي الإكلينيكي، في حين أن البعض الآخر يرى أن يتم التشخيص في أثناء عمليات العلاج أو المقابلة الإرشادية، بل أن البعض يستبعد التشخيص أو التقييم الإكلينيكي من عملية العلاج أو الإرشاد على اعتبار أنه عملية لا ضرورة لها أو أنه معطل، ويرى أنصار هذا الرأي أن التشخيص يضع المريض وراء ستار من التسمية والتصنيف بحيث يخفي السمات الخاصة بالمريض ومعالم شكواه عن المعالج النفسي، ولذلك فالتشخيص أو التقييم في نظرهم أمر يأتي مصاحباً للعمل العلاجي ويتدرج معه على أساس أنه جزء منه وليس سابقاً عليه. ومن ثم فالتشخيص قد يأخذ إحدى صورتين وهما كما يلي(*):

الصورة الأولى:

وهي التشخيص وفقاً للتصنيف الذي يأخذ به الأخصائي النفسي الإكلينيكي، وهذا النوع من التشخيص ينحصر في وضع تسمية للمرض أو الشكوى التي يعاني منها المريض، وهو الصورة التي يأخذ بها معظم الأطباء النفسيين وبعض الأخصائيين النفسيين، ومثل هذا التشخيص مفيد في بعض الحالات التي تستدعي تدخل علاجي فوري، ومن ثم يصبح معرفة تطور الحالة والعوامل المؤثرة في ذلك أمراً يستلزمه علاج المريض بسرعة لإنقاذه من أخطار مرضه.

الصورة الثانية:

التشخيص وفقاً لديناميات المرض النفسي، وفي هذه الحالة تدرس الحالة من جميع جوانبها وخاصة من ناحية القدرات والدوافع والانفعالات والقيم والاتجاهات، وأساليب السلوك الدفاعية التي يتخذها؛ فضلاً عن آثار البيئة والمجال الذي نشأ فيها. أما الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون القائلون بضرورة التشخيص وأهميته، وأنه لابد وأن يسبق العلاج خطوات محددة يتم بمقتضاها التشخيص وفقاً لما يلي:

المرحلة الأولى:

وهي مرحلة الإعداد Preparation Stage: وفيها يتعرف الأخصائي النفسي الإكلينيكي وزملاؤه على مشكلة المريض، ويضعون الخطة اللازمة لدراسة حالته، تتضمن هذه المرحلة العمليات التالية:

١- اتصال الأخصائي النفسي بجهة التحويل والمعلومات التي ترسلها جهة التحويل سواء في صورة تقارير أو خطابات.

---

* عطي محمود هنا، محمد سامي هنا (١٩٧٣): علم النفس الإكلينيكي، الجزء الأول، "التشخيص النفسي"، دار النهضة العربية، القاهرة ص.ص: ٨٢-٨٤.

٢- المعلومات الأولية التي يجمعها الأخصائي النفسي في المقابلة المبدئية.
٣- القرارات المبدئية بصدد قبول الحالة أو عدم قبولها، وأهداف التقييم الإكلينيكي.
٤- اختيار أدوات التقييم من اختبارات ومقاييس شخصية.

المرحلة الثانية:

وهي مرحلة تلقي المعلومات Input Stage وتتضمن هذه المرحلة العمليات الآتية:

١- المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائيين والمريض، وهذه قد تستلزم تعديلات في أهداف التقييم ووسائله، وتتضمن كذلك تطبيق الاختبارات التي يرى الأخصائي تطبيقها على الحالة.
٢- تصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية، كما تتضمن أيضاً مجموعة من الأحكام الجزئية الوصفية.

المرحلة الثالثة:

وهي مرحلة معالجة المعلومات Processing Stage وفيها يقوم الأخصائي بتنظيم المعلومات التي حصل عليها وتوضيح المعاني المتضمنة بها Assign Meaning وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات بشأن المستقبل وتفسيرها تمهيداً للاستفادة منها في الخطة العلاجية، ويرتبط بهذا المرحلة وضع صورة مبدئية واضحة للمريض يمكن العمل وفقاً لها.

المرحلة الرابعة:

هي مرحلة تقديم المعلومات Output Stage وتتضمن هذه المرحلة كتابة التقرير Report Writing واجتماعات مناقشة الحالة ثم اتخاذ القرارات الأخيرة بشأن العلاج وأسلوب العمل مع الحالة والاتصال بها وينقل الأخصائي ما وصل إليه من معلومات إلى غيره من الأخصائيين أو يتابع خطة العلاج التي يكون قد استقر عليها الرأي إذا كان هو المعالج النفسي ذاته.

إذن فإن عمل الأخصائي في التشخيص أو التقييم الإكلينيكي هو عمل المستشار الفني والعملي ويتمثل هذا في صياغة الأسئلة التي يجيب عنها، وفي تحليله للمواد المختلفة التي يحصل عليها وفي النتائج التي يعرضها وكذا المقترحات والتوصيات التي يقدمها.

ومن ثم فعمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي يتركز في الفرد بكليته بوصفه

جشطالت، وليس في مجموعة الاختبارات والوسائل التي يستخدمها، ومن الأدوات والوسائل المستخدمة في التقييم النفسي الإكلينيكي ما يلي:

١- تاريخ الحالة Case History أو استرجاع الخبرات Anamnesis تعتبر من أهم مصادر المعلومات عن الحالة.

٢- كما تعتبر المقابلة التشخيصية diagnostic Interviewing من أهم مصادر المعلومات بما تتضمنه من الحصول على معلومات وما تتيحه من فرص للملاحظة المباشرة للمريض في موقف المقابلة.

وينبغي أن نشير هنا إلى أهمية المقابلة التشخيصية وتاريخ الحالة من حيث أنها تصف سلوك المريض في مواقف حقيقية في حين يعتمد إجراء الاختبارات على مواقف مصطنعة أو متخيلة.

٣- الاختبارات النفسية Psychological Test وهي تعد أداة هامة من حيث أنها تكمل المعلومات التي نحصل عليها بطرق مختلفة، وقد تلقي عليها أضواء جديدة، كما أنها كثيراً ما تسد الثغرات التي توجد في مجموعة المعلومات التي لدينا، كما أنها تعين في التنبؤ بدرجة عالية ويمكن تلخيص الدور الذي تقوم به الاختبارات والمقاييس السيكولوجية في العمل الإكلينيكي في ثلاث نقاط كما يلي:

٣/١- تقييم إمكانيات الفرد وقدراته.

٣/٢- تقديم وصف تشخيصي لسلوك الفرد بما في ذلك مشاعره واتجاهاته وأفكاره.

٣/٣- تقديم ديناميات السلوك من خلال ما يسمى بالاختبارات الإسقاطية حيث تساعد نتائج هذه الاختبارات في إدراك العوامل المؤثرة في سلوك الفرد، وفي رسم خطة العلاج وذلك عن طريق الاتجاهات التي تكشف عنها هذه الاختبارات.

ويجب ملاحظة أن كل حالة Case من الحالات التي ندرسها هي حالة فريدة في نوعها، ومن ثم تتطلب دراسة خاصة تتلاءم معها، وتتفق مع ظروفها، ومستوياتها العقلية، وإمكانياتها الاجتماعية، فضلاً عن السن والتعليم والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، ومن ثم رسم صورة ملائمة للعمل مع الحالة يعقبها اتخاذ القرارات الخاصة بها؛ ولذا فهناك اتجاهان في تحديد النواحي العامة لدراسة الحالة Case Study، وهما كما يلي:

الاتجاه الأول:

وهو الاتجاه الذي يركز على الخصائص والصفات التي تتميز بها الحالة بما

في ذلك البيانات الأولية، والخصائص الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعي، ثم النواحي الدراسية والمهنية، ثم الشكوى وأسبابها والأمراض التي يعاني منها المريض وغير ذلك، وهذا الاتجاه تحليلي في أساسه وطبيعته.

الاتجاه الثاني:

وهو الاتجاه الذي يهتم بعرض صورة وظيفية متكاملة للمريض في نواحي التكيف والحياة المختلفة، وهو اتجاه تركيبي في أساسه وطبيعته، والتي يطلق عليها في الحقيقة صياغة الأخصائي النفسي الإكلينيكي للحالة Formulation of the Case، ومع ذلك ففي كلا الاتجاهين يهتم الأخصائي بالشكوى والأمراض وتطورها؛ وأسبابها والاقتراحات الخاصة بالعلاج.

التقرير النفسي الإكلينيكي:

يعد التقرير النفسي الإكلينيكي هو خلاصة كل ما سبق من أبحاث ودراسات لشخصية المريض أو العميل، وهذا التقرير يتم صياغته وكتابته وفقاً لطبيعة الشخص الذي يُوجه إليه التقرير ومدى قدرته على تفهم ما به من مصطلحات، أو عبارات إكلينيكية، وكذلك باختلاف الغرض الذي يقدم من أجله، ومن ثم فعلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يراعي فيه من الذي سوف يقرأه ويستفيد منه، هل هو الطبيب النفسي، أم المعالج النفسي، أم المرشد النفسي؟ وخاصة أن مستوى اللغة المستخدمة وتفصيلات التقرير ومحتوياته تتحدد جميعها باهتمامات القارئ ومسئولياته نحو المريض، ومدى درايته بالمصطلحات النفسية ودلالاتها. ولذا فإن كاتب التقرير يجب أن يصوغه في الصورة التي تتفق مع معلوماته العامة وخبراته وتفاعلاته مع المختصين الآخرين.

وعادة ما يشمل التقرير النفسي الإكلينيكي المتضمنات التالية:

١- البيانات الأولية.
٢- أسباب الإحالة أو الشكوى التي يطلق المريض التغلب عليها.
٣- الاختبارات التي أجريت على المريض.
٤- ملاحظات المختص أثناء إجراء الاختبارات.
٥- الصورة النفسية للمريض.
٦- تشخيص مشكلات المريض أو انحرافه ومدى هذا الانحراف في صورة انطباعات.

٧- التوصيات الخاصة بالإرشاد أو العلاج النفسي، وينبغي أن تكون التوصيات واضحة وتقوم على أساس النتائج التي توصل إليها الأخصائي النفسي معتمداً في ذلك على إمكانيات المريض العقلية، وخصائصه الشخصية، وظروفه الاجتماعية، وأحواله الاقتصادية، وحالته الأسرية.
٨- ملخص الحالة: وفيه يركز على أهم النقط التي عرض لها التقرير.

أهداف كتابة التقرير النفسي:

- ان أول أهداف التقرير النفسي تتمثل في الإجابة عن أسئلة المصدر (الجهة) الذي أحال لنا المريض أو العميل أو الحالة، وقد يكون المصدر هو المريض نفسه، وقد يكون الطبيب النفسي، أو أي جهة اخري هي مصدر التحويل.
- أما الهدف الثاني فهو يتمثل في إمداد متلقي التقرير بمعلومات علمية دقيقة تساعده وتعينه علي فهم الحالة، وكيفية التعامل معه علي النحو الأمثل، ووضع الخطط العلاجية بناءًا علي هذه المعلومات.
- ويتمثل الهدف الثالث من كتابة التقرير النفسي في أنه يمدنا أو يوفر لنا سجلاً مكتوبًا والذي يعد في حد ذاته مجموعة من الوثائق النفسية، والنتائج والتوصيات والتنبؤات والأحكام العيادية، وخطط العلاج، وطرق متابعة الحالة في المستقبل إذا ما تم فحص الوظائف النفسية نفسها لنعرف ما إذا كانت تتحسن أم تتدهور، ومن ثم يساعدنا في تحديد المسار الذي تتخذه خطط العلاج والمتابعة، كما يمكن الاستفادة من هذا السجل أيضا في أغراض علمية أو بحثية، أو في برامج الصحة النفسية.

الأوصاف العامة لكتابة التقرير النفسي:

١- يجب أن يتضمن التقرير النفسي كل المعلومات المتصلة بالمريض فقط مع استبعاد المعلومات التي ليس لها قيمة أو أهمية أو التي قد تتسبب في أحداث الضرر للمريض.
٢- تجنب التعميمات أو الاكليشهات المفرطة.
٣- من الأفضل استخدام المؤشرات السلوكية (مقاييس الحدة والشدة والتكرار والمعدل والمستوي التي تبين حدة المشكلة التي يعاني منها المريض وما ينجم عن هذه المعاناة من سوء توافق في الحياة الاجتماعية والمهنية) لترفع معدلات ثبات معلومات التقرير.

٤- كتابة المصطلحات التي تساعد علي التواصل الجيد مع الآخرين وتجاهل المصطلحات الفنية التي لا لزوم لها.
٥- استبعاد المصطلحات المتحيزة والعنصرية من التقارير النفسية.

السمات الشخصية للأخصائي النفسي الإكلينيكي:

يتطلب العمل مع الأشخاص ممن يعانوا من اضطرابات نفسية (عصابية) أو انفعالية، أو مع الذهانيين أو مع مضطربي الشخصية، أو مع ذوي الاحتياجات الخاصة أو مع الجانحين سلوكياً وأخلاقياً أو المضطربون أو المنحرفون جنسياً بمجموعة من السمات النفسية تتضمن القدرة على التكيف الشخصي والاجتماعي، والقدرة على فهم الآخرين ومعرفة دوافعهم وتقبل أساليب السلوك المختلفة مهما كانت شاذة، وأن يكون حساساً ومتفهماً ومتعاطفاً ومتسامحاً وليس المطلوب منه أن يكون محققاً وناقداً أو صادراً للأحكام الخلقية على الآخرين، كما ينبغي أن يتسم الأخصائي الإكلينيكي بشخصية ثابتة متفهماً لنفسه وميوله وانفعالاته حتى يستطيع مساعدة الآخرين على الوجه الكامل.

على الأخصائي النفسي أن يتمتع بالحس الإكلينيكي Clinical Sense وهذا يتأتي من خلال ملاحظة جيدة. فالملاحظة تعتبر من أهم الأدوات المستخدمة في عملية التشخيص فعندما يأتي المريض مندفعاً على الأخصائي ومليئاً بالحيوية والطاقة والمرح الزائد فقد تكون علامة على الهوس، أما إذا أتي المريض بطيئاً متكاسلاً قليل الكلام فقد تكون علامة على الاكتئاب فمن خلال ملاحظة أسلوب المريض في اللغة والحركة ولغة الجسد والمظهر وطريقة تفاعله مع الأخصائي النفسي يمكن الخروج بانطباعات إكلينيكية تساعدنا على اختيار أدوات التقييم المناسبة للتأكد من صحة هذه الانطباعات الإكلينيكية من عدمها.

ينبغي على الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يكون ملماً بعلم النفس المرضي، وملماً بالدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-5) أو إصداراته اللاحقة، أو بدليل (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO).

على الأخصائي النفسي الإكلينيكي أيضاً عدم وضع فروض أو تصورات مسبقة عن المريض (القوالب النمطية) بمعنى الحكم على المريض من خلال شكله أو نوعه أو جنسيته...إلخ، ومن المهم أيضاً أن يتمتع الأخصائي النفسي الإكلينيكي بحسن الإنصات؛ لأن هناك فرق شائع بين الاستماع والإنصات، فالاستماع عملية فسيولوجية بحته، فنحن نسمع رغماً عن إرادتنا حتى أثناء انشغالنا بالعديد من

الأمور، أما الإنصات فهو يعني التركيز كلية وتفصيلاً مع المريض دون الانشغال بأي تفاصيل أخرى.

ويمكن تلخيص أهم السمات التي ينبغي أن يتمتع بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي فيما يلي:

١- ينبغي أن يكون الأخصائي النفسي الإكلينيكي على قدر من الاهتمام بالآخرين والرغبة في معاونتهم دون أن تكون لديه الرغبة في السيطرة عليهم وتوجيههم وجهة معينة يرى أنها في مصلحتهم، بمعنى أن مهمة الأخصائي النفسي هو أن يكون ميسراً Facilitater فقط، وأن يكون حساساً للعلاقات الاجتماعية.

٢- ينبغي أن يكون الأخصائي النفسي الإكلينيكي على قدر عالٍ من الاستبصار Insight والوعي والفهم بدوافعه ومشاعره وحاجاته ورغباته حتى لا يسقط ذاته وانفعالاته وصراعاته على المرضى، فالفهم والوعي بالذات يساعد الأخصائي ألا يتصرف بطريقة خاطئة، بل قد يؤدي إلى تعديل اتجاهاته ومن ثم سلوكه.

٣- ينبغي أن يكون الأخصائي النفسي الإكلينيكي على قدر كاف من التسامح والتقبل وأن يحترم وجهات النظر دون أن يطرح جانباً وجهة نظره وفلسفته الخاصة في الحياة أو يتنازل عنها، فإن تقبل آراء الآخرين لا يعني بالضرورة موافقة آرائهم ومعتقداتهم، بمعنى أن يتميز باتجاه موضوعي وانفعالي غير متحيز.

٤- ينبغي أن يكون الأخصائي النفسي الإكلينيكي على قدر عالٍ من تكامل الشخصية والسيطرة على ذاته Self Control ذلك أن عمله ومن يتأملون معه يتطلبون منه أن يكون على قدر من التكامل الذي يوحي بالثقة، وأخيراً وليس أخراً ينبغي أن يكون الأخصائي النفسي في خارج عمله أن يكون في سلوكه وتصرفاته باعثاً على الاحترام والتقدير، وأن يتمتع بالقدرة العلمية الممتازة، وبالأصالة وحب الاستطلاع والمعرفة، والمثابرة، واللباقة، والإحساس بالقيم الأخلاقية، والأساس الثقافي المتسع، والقدرة على التحمل والمسئولية إن إمكن بقدر المستطاع.

ومع ذلك فإن هذه السمات تتباين من مجتمع لآخر، ومن ثقافة لأخرى وعلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يعمل جاهداً بقدر المستطاع على الوفاء بهذه السمات.

والكتاب الذي بين أيدينا الآن -يقع في سبعة عشر فصلاً- يُعد بمثابة وثيقة أو

دليل أو دستور ليس جامداً أو ثابتاً بل مرناً ويؤكد على الأصالة والتطور والتجديد بما يمكن الأخصائي النفسي الذي يعمل في مجال التقييم أو التشخيص أن يطور من مهاراته وقدراته المهنية، سواء في مجال التشخيص أو التقييم مع كافة الحالات العصابية والذهانية أو مع مضطربي الشخصية أو مع ذوي الاحتياجات الخاصة أو مع الجانحين أو مع المضطربون والمنحرفون جنسياً، وأن يطور من مهارات الأخصائي النفسي الإكلينيكي في صياغة الحالة ومهارة كتابة التقرير النفسي والتخطيط للعلاج. ومن ثم فهو مرجع لا غني عنه سواء لطلاب أو دارسي علم النفس أو ممن يعملون في مجال التقييم والتشخيص والعلاج النفسي.

أ.م.د/ محمد أحمد محمود خطاب

أستاذ مساعد بكلية الآداب- قسم علم النفسي
جامعة عين شمس

مقدمة المؤلفين

Introduction

صمم هذا الدليل لتزويد طلاب علم النفس وكذلك علماء النفس المهني بمورد محوري لبناء وتنظيم تقارير الاختبار النفسي، وبدلاً من استخدام منهج عملي وعرض عينة تقارير للدراسة، فإن هذا النص يهدف إلى مساعدة القارئ على تصور نظرية تطور التقرير النفسي عن طريق الدراسة الدقيقة لتكامل المفاهيم وبيانات تحليل الشخصية ومنطق التوصيل بطريقة فعالة للنتائج النفسية، وتم تحليل مبرر هذا الجزء للعمل النفسي والتشخيصي بالتفصيل حتى يمكن تنظيم كتابة التقرير جزء جزء، بحيث يعكس وجهة نظر واضحة تركيبية عن المريض.

والتقرير النفسي التشخيصي هو حلقة اتصال بين القائم بالاختبار والشخص المحال للفحص أو للتقييم بحيث يمكن أن يلعب دوراً حيوياً في خطة العلاج أو التدخل النهائي، ولأن تحليل الشخصية مرتبط ارتباطاً مهماً بكتابة التقرير، فإنه يتم التركيز على تمييز كل شخص يتم اختباره، واستخدام هذا الكتاب يهدف إذاً من مساعدة كلا من الدارسين والأخصائيين النفسيين على صياغة تقارير مبينة حاجات الأفراد وصراعاتهم قيد الدراسة إجمالاً، فإن هذا الدليل يوجه لتحويل فهم القائم بالإحالة للشخص محل الدراسة إلى اتصال مكتوب منطقي متكامل.

ومديرو الجامعة وبرامج التدريب في علم النفس يعترفون أن طلاب درجة الدكتوراه لديهم غالباً ما يؤدونه جيداً في كل جوانب تدريبهم باستثناء وضع تقارير تشخيصي نفسي ذات مغزى ومقنعة، وفاعلية كتابة الدارس للتقرير تتضرر غالباً جداً عن طريق التطور النظري الناقص، ونقص التخطيط، والإفراط في استخدام المصطلحات العلمية.

والتطور يعكس نسبياً سمة بارزة لكتابة التقرير مبنية على الاختبار النفسي، وصياغة التقرير تتطلب من الدارس تركيب كل جوانب التدريب في نظرية الشخصية، والتشخيص الفارقي، والديناميات النفسية، والمرض النفسي، والاختبار، وتكوين الفروض، وهي مهمة مرعبة بالفعل، والتدريب عادة يمثل الخبرة المهنية الكاملة الأولى الذي فيه يطلب من الدارسين تنفيذ هذه المعرفة الشاملة للتقويم

النفسي، وكتابة التقرير، وبذلك تصبح نقطة محورية للضغوط في هذه الوظيفة المهنية لهؤلاء الطلاب.

ومجموعة البيانات المتولدة عن طريق الاختبار يمكن أن تنتج طواعية إحساساً بالانغمار بواسطة القائمين بالاختبار ذوي الخبرة أو الطلاب بالنسبة للدارسين، فإن كتابة التقرير تتطلب دمج كل شيء تعلموه بشأن المادة الإكلينيكية، وإيجاد إحساس أن كل تقرير يمثل مهمة كبرى ويتطلب بذل جهد مكثف، وفهم المعنى المناسب للكتابة يمكن أن يساعد الدارسين على تحويل هذه المهمة من عمل هائل إلى نسب يمكن معالجتها والكتابة إذاً يمكن أن تصبح فرصة لإظهار مهارة الفرد وموهبته لصالح المريض.

ونشأة هذه الكتاب ترتبط بخبرتين مهمتين لكلا من المؤلفين، أولاً: أنها مسئولية التنفيذ على مدى الخمسة عشر عاماً الماضية تدريب إكلينيكي رئيسي في مجال علم النفس الإكلينيكي معتمد من الجمعية الأمريكية لعلم النفس وبرنامج الاختبار النفسي التشخيصي في مركز الدراسات العليا للصحة النفسية في مدينة نيويورك، والجودة العالية لهذه البرامج مستمدة من التركيز على المعايير، وعمق التدريب، والقيم العلمية والمهنية، وعند الحفاظ على المجموعة الشاملة من المعايير للتدريب النفسي، دعمت الجمعية الأمريكية لعلم النفس وجود هيكل موحد داخله يحصل الطلاب في مواقع جغرافية عديدة التقييم ذي المواصفات القياسية العالية، نتيجة لذلك فإذا ما اجتمع هؤلاء الدارسين في وقت لاحق، يمكن توقع أن يشاركوا في خبرة عملية شاملة ومهنية مماثلة.

إنه هذا الاتساق في الخلفية المهنية الذي سهل تعاون المؤلفين لهذا الكتاب، والخبرة المهمة الثانية: هي التدريب الذي اجتازه كل من المؤلفين عند دخول المهنة لعلم النفس الإكلينيكي، والتدريب كان يوضح فترات تكوين منها كانت نماذج الدور المهنية وتفاعلات الزملاء حاسمة في بناء مناخ جاد للدراسة والتعلم، كل من المؤلفين كانا عضواً في جماعة زملاء مترابطة صغيرة أصبحت حاسمة ومساعدة لتلبية التحديات العلمية والمهنية الموضوعة في شروط التدريب، ومؤتمرات الأقسام ونشاط الفروع العلمية المختلفة، وعروض الحالات، والاتصالات الإشرافية، وتبادلات الزملاء، وجهود العلاج خاصة التركيز على الاختبار التشخيصي النفسي، والتقويم يكونون شكل التدريب الشامل، هذا الهيكل بالتالي زود إطار عمل للفهم والتقرير الكامل لتقلبات الشخصية، وتحولاتها، وأعراضها، ونواحي القوة لديها وكذلك تشخيصاتها، هذا التدريب في مجال الاختبار النفسي والتقويم أنتج مهارة

مهنية أساسية لا تزال وثيقة الصلة بالعمل الحالي في مجـــالات المــرض النفـــسي الفردي، والجماعي وكذلك الأسري، وكذلك البحوث، وأهمية دور الاختبار النفـــسي والتقويم في التدريب النفسي هو سبب صيرورة هذا المجال للدراسة أحد الأســـاس المحورية لبرامج التدريب الحالية في مركز الدراسات العليا.

وكل مؤلف من المؤلفين يتذكر بالتقدير المستمر زملاء مهنة معينـــين أثـــروا عليه أثناء التدريب، هؤلاء الأخصائيين النفسيين جديرون بتقـــدير خـــاص نظـــراً لدعمهم السخي.

والشكر الخاص لكلا من السيدة كارين ماكوفر والراحل د/ سولومان ماكوفر، المديران السابقان لقسم علم النفس في مستشفى مقاطعة كنجر، ولأكثر من خمسون عاماً الهموا المئات من المتدربين مواصلة الالتزام بمعايير التفوق اللذان كانا مـــثلاً لهما.

١

الفصل الأول
الإحالة

الفصل الأول

(١) الإحالة The Referral

الإحالة في الاختبار النفسي تتم عادة عند ظهور مشكلة خاصة في سلوك شخص ما، وهذا السلوك أو الأعراض التجريبية تتطلب اهتمام بحقيقة أن شيئاً مضطرباً حدث وظهر صراع بالشخصية أو اضطراب، والمشكلة السلوكية التي يظهرها الفرد هي عادة النقطة التي عندما قد يتم استدعاء الأخصائي النفسي لاستخدام خبرته العملية في التشخيص النفسي في توضيح وتحديد السبب المهم للمشكلة.

والأطفال الذين يظهرون مشكلات إظهار المشكلات خارجياً في المدرسة، والمراهقون الذين يظهرون سلوكاً انتحارياً أو اكتئابياً، أو مشكلات جنسية في الزواج، والذي يصاب فجأة بالاختلاط واختلال التوجه، والذي يعاني حالة ذعر أو قلق، أو كبير السن الذي يصبح تدريجياً أكثر انسحاباً. هم أمثلة لطرق ظهور المشكلات في السلوك، هذه الأعراض أو مشكلات السلوك يجب أن في تفهم نطاق سياق الشخصية للفرد، وهذا هو جوهر المهمة للأخصائي النفسي الذي يحصل على إحالة للاختبار، وتقرير الاختبار النفسي هو مساعدة تنظيمية في فهم هذه المشكلات.

ما هو تقرير الاختبار النفسي؟

What is A psychological Test Report?

يعكس تقرير الاختبار النفسي عملية تبدأ بمصدر إحالة، ولأن مصدر الإحالة يمكن أن ينشأ عن مجالات مهنية مختلفة ومستويات خبرة متنوعة، وأن الأخصائي النفسي يجب أن يضع نصب عينيه أن التقرير النهائي يجب أن يكتب بطريقة مفهومة للشخص الذي سيقرأه، يعني ذلك أن التقرير نفسه لا يمكن إرسال لأحد الوالدين، أو المعالج، أو المرشد المدرسي، ومشكلة المريض قد تكون حرجة، وشخص الإحالة الذي يساعد في حل المشكلة يجب أن يكون قادراً على استخدام الاستفادة من مدخلات الأخصائي النفسي، وبالتالي فإن الأخصائي النفسي المسئول

عن الاختبار والتقرير يجب دائماً أن يستجيب لحاجات المريض وكـذلك لحاجـات مصدر إحالة معين.

ما هو الاختبار النفسي؟ .. إنه اتصال. لذلك يجب أن يكون مكتوبـاً بطريقـة تتطابق مع مستوى فهم القارئ وتدريبه، ويجـب أن يـستوفي التقريـر معـايير الوضوح، والمعنى، والتركيب

وضوح التقرير
Clarity of The Report

يجب أن يكتب التقرير بلغة معينة، ويجب أن يكون الأسلوب مقنع وخالي من العبارات التي يصعب توصيلها بسبب عموميتها المفرطة، ولأن البيانات المطلـوب عرضها قد تكون مكثفة ومفصلة، قد يشعر الطلاب والمهنيين على الـسواء بـأنهم مغمورين في مهمة توضيح وتنظيم هذه المادة، هذه المشكلة كثيراً ما تـؤدي إلـى الاعتماد على أسلوب لا ييسر توصيل الأفكار بوضوح، والوضوح يتطلـب فهـم وتقدير اهتمامات القارئ، والتي تترجم بعد ذلك إلى عرض للتقرير، ويجب علـى كاتب التقرير أن يكون رصيناً ويساعد القارئ بواسطة عرض المادة التـي يـسهل استيعابها، ومن طرق عمل ذلك هو استخدام جمل قصيرة في حين أن تلك طريقـة جيدة في كل أنواع الكتابة المهنية، فإنها تفيد بوجه خاص في تحقيق الوضوح فـي كتابة تقرير الاختبار النفسي.

والمادة الخام للبروتوكول تعكس عالماً معقداً غامضاً، وتقرير الاختبار يحـول غموض المادة والأعراض إلى شكل يمكن التعرف عليه في من عبارات واضحة، كذلك فإن التسلسل المنطقي للأفكار أساس في كتابة التقرير بين القـائم بالاختبـار والقائم بالإحالة.

وعند كتابة تقرير حول المريض، من المهم تذكر أننا نتعامل مع أناس واقعيين تحتاج مشكلاتهم إلى تفهم جيداً.

مغزى التقرير
Meaningfulness of the Report

التقرير يكون اتصال ذو مغزى إذا وجد القارئ أنه واضح ومفهوم، ويحـدث الفهم عندما يكون مستوى الخطاب واستخدام اللغة مبني على مـستوى يمكـن أن يستخدم القائم بالإحالة، مثلاً، الوالد لا يستطيع فهم تقرير مكتوب لطبيـب نفـسي،

بالمثل الطبيب النفسي قد لا يستمد المعنى الكافي من تقرير موجه للوالد، والجمهور الأكثر ثقافة لا يعني أن يحتوي التقرير على المزيد من الدقة، تماماً كما هو الحـــال للجمهور الأقل ثقافة لا يعني أن يكون التقرير له أقل دقة.

وهدف التقرير كأداة للاتصال هو دائماً تحويل الغموض أو الاخـــتلاط إلـــى أسلوب ذو مغزى، بالتالي فإن الكلمات والأفكار يجب أن تكون واضحة علـــى أي مستوى للتقرير المكتوب، واستخدام المصطلحات العلمية، والعبـــارات الوصـــفية، والتعميم هي عقبات أمام توضيح الأفكار الدقيقة، لذلك فإن استخدام هـــذه الوســـائل تتدخل في المعنى وتقلل ومنه، وبدلاً من الاعتماد على هذه الوسائل غير الفعالـــة، من الضروري الاحتفاظ بتركيز شديد على مشكلة المفحوص.

وعن طريق تفصيل العوامل المتضمنة في وظيفة الشخص، فـــإن الـــصورة الشخصية "البورترية" الذي له معنى واضح سيطور، وتفرد الشخص قيد الاختبـــار يظهر في تركيب التقرير، وبالتالي فإن وضوح ومعنى التقريـــر يجـــب أن يوجـــه تنظيم عرض النتائج.

تركيب التقرير النهائي
Synthesis of The Final Report

والتركيب أو تكامل التقرير يعني أن السلوك المبدئي أو مشكلة المـــريض قـــد زودت بسياق يفيد كنوع من المخطط الذي فيه التفاصيل ذات الصلة للمشكلة يمكن جعلها مرئية ومرتبطة ببعضها البعض، والتكامل يظهر أن المشكلة الحاضرة هـــي فقط جزء من نظام أكبر يشمل كل جوانب ومستويات الشخـــصية التـــي لا تكـــون واضحة أو مفهومة مباشرة من الأعراض، نتيجة لذلك فإن تخطيط هذا النظام فـــي شكل تقرير يكشف عن معنى الأعراض الحاضـــرة ويـــزود معلومـــات وكـــذلك توجيهات لإدارة وعلاج المشكلة الشاملة، وهكذا فإن التقرير النفسي يمكن اعتبـــاره اتصال حول منطق شخصية معينة، وجوانب الشخصية تكـــون مرتبطـــة بطريقـــة منطقية، وبالتالي فإن هيكل التقرير لابد أن يكون له تكوين وثيـــق الـــصلة، أي أن تعكس أجزاء التقرير جوانب مختلفة للشخصية نفسها في التقريـــر النهـــائي، فـــإن الشكوى الحاضرة لم تعد عشوائية بلا تفسير، أو ظاهرة غير محكمة.

ولكي يكون للتقرير قيمة، يجب أن يكتب بطريقة تشمل أجـــزاء ذات ارتبـــاط منطقي، كذلك فإن التقرير يكون ذي تكوين مقنـــع يـــؤثر مباشـــرة علـــى معنـــى الأعراض الحاضرة الأصلية وسياقها.

وقبل تلخيص الأجزاء البارزة العديدة للتقرير النفسي، من الضروري مناقشة أنواع الإحالات للأخصائي النفسي، وكيف ترتبط هذه الإحالات بأنواع التقارير المكتوبة.

لماذا يكون التقرير النفسي مطلوباً؟

Why A Psychological Report may be Required?

الإحالة لأخصائي نفسي لأجزاء اختبار نفسي تشخيصي يمثل نقطة عميقة في عملية المساعدة، تصبح هذه الإحالة حدثاً محورياً في حياة الشخص الذي يظهر الأعراض وكذلك المرتبطين بالشخص، لماذا توصف الإحالة بأنها تمثل نقطة عميقة أو حدثاً محورياً؟ الإجالة على هذا السؤال لا يمكن تقدير قيمتها إلا بفهم تسلسل الأحداث المحيطة بالإحالة.

سياق الإحالة

Context of The Referral

إن سبب الإحالة هو وجود أعراض سلوكية لدى المفحوص، قد يكون ذلك سلوكاً تنفيسياً في المدرسة Acting- Out behavior في المدرسة، أو البيت، أو في العمل، سلوك غريب جداً، وسلوك يعكس حالات القلق. والمهم هو أن إما أ تكون المشكلة السلوكية مسببة للمشكلات الشخصية، أو أن آثارها قد تزعج نظاماً أكبر مثل الفصل الدراسي، أو الأسرة، أو مكان العمل، ويجب على الأخصائي النفسي باستمرار التركيز على طبيعة ومدى التوتر المتضمن في الأعراض.

والمشكلة السلوكية هي وصف للقلق الذي قد يكون إما مرئياً ويعانيه المريض مباشرة، ومقنعاً ويعبر عنه في سلوك معين، واضطراب الشخص الذي يظهر صعوبة أو إزعاج لمن يتضررون من السلوك يؤدي إلى الاتصال بشخص دوره هو المساعدة بطريقة ما، هذا الشخص المساعد قد يكون مدرساً، أو مرشداً نفسياً، أو ممرضة أو معالجاً، أو عامل بالمستشفى الذي يحيل المريض الأخصائي النفسي للتقويم.

وحقيقة أن هذه الإحالة تتضمن بالفعل أن يسجل المشكلة بواسطة الطرف القائم بالإحالة، ويشمل إشارة للتعرف على الكرب النفسي، والقائم بالإحالة يبدأ عملية ستؤدي بالفعل إلى تدخل عميق في حياة الشخص في شكل تدخل علاجي، أو برنامج تعلم علاجي، أو إجراءات عصبية فسيولوجية، أو تطبيق آخر، حسب

طبيعة المشكلة، والتقرير النفسي كثيراً ما يكون الخطوة الأولى في هـذه العمليـة، وهو يضع أساس التدخل الذي يلي:

وهكذا يكون التدخل النفسي مطلوباً حتى يمكن حصر أو حشد المعلومات ذات الصلة وتؤدي المعلومات إلى تنفيذ إجراءات علاجيـة مـساعدة أو المزيـد مـن الإجراءات التشخيصية مثلاً، الاستشارة النفسية الدوائيـة، أو التقيـيم العـصبي أو تقويم أوجه عجز التعلم.

محور التقرير

Focusing The Report

توجد أنواع عديدة من المعلومات التي يمكن أن يزودهـا التقريـر النفـسي. والطبيب النفسي الذي يحاول التقرير عن مشكلة تشخيصية معينة، مثلاً سيبحث عن نوع من المعلومات، ومرشد التوجيه الذي يساعد طالـب منـسحب ذي حاجـات إعاقات تعلم يحتاج معلومات توضيح مصدر مشكلة الطالب، ومعالج مريض يعاني من الفقدان المتكرر للوظائف يكون لديه سؤالاً آخر في ذهنه، وأحياناً في الشخص الذي يقوم بالإحالة للاختبار يصاب بالخلط أحياناً حول المشكلة والحلول المحتملـة ويحتاج مساعدة لتصور المشكلات التي يجب معالجتها.

ومن المهم للأخصائي النفسي إدراك كل هذه الظروف تـؤدي إلـى مختلـف مشكلات الإحالة، واستجابة الأخصائي النفسي يجب أن تساعد على حـل المـشكلة التي سببت الإحالة في المقام الأول، وطلب تقرير نفسي هو جانب جوهري لعمليـة المساعدة هذه، وقد يلعب مجموعة أدوار في دعم العملية، وحسب مشكلة الإحالـة، فإن التقرير النفسي يزود معلومات، وتوصيات، واعتبارات تشخيـصية وأخـرى تتعلق بسير الحالة المرضية، وتوضيح سياق حياة المريض، والتوصيات المحـددة لمصدر الإحالة، وكل هذه الأشياء تؤثر تأثيراً عميقاً على عملية المساعدة.

ولأن التقرير النفسي يمكن أن يختلف كثيراً في تأثيره، وفي المعلومات التـي يزودها، فإن هناك أنواع مختلفة من التقارير في الأجزاء المرتبطة، فـي الفـصل التالي نجد تعريفاً للأجزاء المهمة وثيقة الصلة بمفهوم التقرير النفـسي معروضـة كنموذج للتعرف على حالات الكرب النفسي، للأعراض العلاجيـة والتشخيـصية، وتتناول الفـصول الأخيـرة أجـزاء مناسـبة للتقويمـات النفـسية المـستخدمة لأغراض أخرى.

ملخص Summary

في هذا الفصل تثار طريقة الإحالـــة للمـــريض لتقـــويم الاختبـــار النفـــسي التشخيصي، وأهمية طبيعته كطريقة اتصال، ومكانته في عملية الإحالة والمساعدة، وحقيقة يمكن أن يكون مركزاً بطرق عدة تم تلخيصها.

٢

الفصل الثانى

أجزاء حول التقرير النفسي التشخيصي النمطي

الفصل الثاني

أجزاء حول التقرير النفسي التشخيصي النموذجي

Sections in the Typical Psycholodiagnostic Report

من المهم فهم تشريح تقرير بواسطة الأجزاء المكونة لـــه، ورغــم أن هــذه الأجزاء تبدو عاكسة لجوانب منفصلة من الشخصية، فإنها حقيقة تفيد فـــي توحيــد البيانات حتى تظهر صورة شاملة للشخص قيد التقويم.

وأحياناً يجد الطلاب صعوبة في تركيب بيانات الاختبار النفـسي لأن العمــل على أجزاء متنوعة من التقرير يثير الخبرة لديهم في التعامل مع أنـــاس متعــددين بدلاً من فرد وحيد، هذا الإحساس بالانقسام يمكن أن يتحسن إذا تذكر الطالــب أن كل جانب من جوانب الشخصية وكل جزء مقابل من التقرير يــدور حــول فــرد، ورغم أن كل جزء هو تحليل منفصل لجوانب مختلفة من الشخصية، فيجب رغـم ذلك أن يكون مرتبطاً بطريقة منطقية مترابطة ويعكس كامل الشخصية، حتى عنـد ظهور الأعراض، فإنها ترتبط بالشخصية إجمالاً، وعندما يعالج الدارس أو المهني النفسي مهمة كتابة تقرير من هذا المنظور، إذاً يمكــن تنظــيم البيانـــات ويــصبح الفرد مرئياً، حتى رغم أن الجوانب المختلفة للوظيفـــة متمركـــزة علـــى أجـــزاء متعددة من التقرير.

وإذا وضعنا هذا المبدأ التنظيمي نصب أعيننا، فإن تسلسل الأجزاء في التقرير التشخيصي النمطي ينتج، والتلخيص ساعد على دمج تطـــور بروفيـــل شخـــصية مترابط، والمناقشات مجزأة لاحقة لها للشخصية يمكن أن تنتجها، وتبـــدأ الأجـــزاء بالمقابلة الشخصية الإكلينيكية وتتراوح من تحليلات جوانب الشخـــصية، وتختـــتم بالوصف التشخيصي ولسير الحالة المرضية المتوقع.

تذكر أن التنظيم المنطقي للمجالات المطلوب تحليلها وكتابة تقرير عنها فـــي تسلسل موجود، ولكل جزء محور مركزي متطابق مع جانب من وظيفة الشخصية، وعناوين الأجزاء موجودة بغرض التوضيح في العرض، للمساعدة فـــي التنظـــيم، والتركيز، ومواصلة عملية الكتابة، لمساعدة القارئ للتقريـــر. بـــالطبع، أدرجـــت عناوين الأجزاء في التقرير النهائي المكتوب فإن ذلك يتوقف على تقـــدير الكاتـــب بشأن قيمتها لمصدر الإحالة ولسائر قراء التقرير.

ملخص مقترح للأجزاء المقابلة الشخصية الإكلينيكية

The Clinical Interview

يتعلق الجزء الأول من التقرير بتقويم سلوك المفحوص وكما ذكرنا آنفاً، فإن سلوك المريض يدعو للاهتمام بمشكلة تسبب القلق، والمعاناة، والكرب النفسي للمريض، أو من حوله، وبالتالي فإن ملاحظة السلوك بواسطة الأخصائي النفسي خلال كلا من المقابلة الشخصية واختبار التقويم النفسي هو مصدر أساسي للمعلومات وثيقة الصلة، والسلوك الذي يلاحظه القائم بالاختبار هو عينة من سلوك المريض الشامل، ويمكن أن يكشف عن المشكلات التي حضر بها للإحالة والتقويم في المقام الأول.

وموقف الاختبار قد يعكس في صورة مصغرة الوظيفة النفسية والسلوكية للمريض في حياته اليومية، نتيجة لذلك فإن محادثة الأخصائي النفسي مع المريض يكون لها غرض خاص، وليست عشوائية، وكلاً من مادة الاختبار والمقابلة يثيران استجابات من المريض يمكن تحليلها لتزويد استبصاراً وفهماً حول صراعات المريض الداخلية ومشكلاته في العلاقات الشخصية.

وهكذا تصمم المقابلة الشخصية بطريقة يكون الفروض الأولى فيها يدور حول بناء شخصية المريض.

هذه الفروض المبدئية التي تولدت عن مادة المقابلة ترتبط بالأبعاد الأساسية والجوهرية داخل تشخيصه والتي تظهر تقوم باستمرار طوال أجزاء التقرير العديدة، بهذه الطريقة يتم توكيد صحة الفروض أو دحضها، أو تعديلها أثناء تمحيصها في ضوء تزايد البيانات التي تتراكم مع تطور التحليل.

والجانب ذو الأهمية الخاصة من المقابلة الإكلينيكية هو أنه يمكن من الملاحظة المباشرة والتقويم لأسلوب المريض مع علاقته مع الآخرين، والغرض المباشر للملاحظة لطريقته واستجابته وتوجه المريض مع ارتباطها خصيصاً بالقائم بالاختبار تتولد هذه الصفات النفسية للمفحوص وكذلك أثر هذه الخصال على القائم بالاختبار تزود بيانات مباشرة جوهرية يمكن استخدامها لتقييم وتحليل مدخلات المريض وردود أفعاله بطريقة اجتماعية هادفة، وردود أفعال المريض لمادة الاختبار وتوجهاته وكذلك تعليقاته العفوية هي مصادر مهمة لبيانات الملاحظة الممكن الاستفادة منها في تحليل وظائفه.

وجزء المقابلة الشخصية هو مناقشة لتوافق المريض والأسلوب المرتبط، هذه المعلومات تكون حيوية في فهم سلوك المريض المشكل أو المضطرب.

ويتناول الجزء التالي من التقرير مدى تناغم المريض مع الإدراكات الخارجية للواقع، وبالتالي يتناول هذا الجزء مباشرة قضية اختبار الواقع وإطار عمل فيه يتجسد أي الوظيفة العرقية.

التنظيم المعرفي واختبار الواقع
Cognitive Organization & Reality Testing

إن الاعتبار الجوهري لمشكلات السلوك تتعلق بمدى واقعيته، وبالتالي يكون لمصلحة الفرد، إذ لم يكن السلوك مرتبط بطريقة منطقية مع الواقع الخارجي، إذاً سيواجه المريض صعوبات أساسية في تحقيق أهدافه ومصالحه، فضلاً عن ذلك فإن المشكلات المهمة المتعلقة بإدارة مجموعة عريضة من الظروف والتكيف معها التي يكون على الفرد مواجهتها في حياته، وهكذا يتم فحص السلوك الداخلي والمشكلة بواسطة القائم بالاختبار في المقابلة الإكلينيكية، ثم تدرس لمعرفة مدى مناسبتها بشأن اعتبارات الواقع.

وعبارة دراسة السلوك لمعرفة ملاءمته بشأن اختبار الواقع تعني إمكانية تحليله لتحديد ما إذا كان الواقع الخارجي، بما فيه فهم موقف الفرد فيه، معلوم ومحل تقدير، وبالتالي فإن بناء الأخصائي النفسي لحاجات التقرير لتقويم سلوك المريض، في ضوء ما إذا كان يخدم حدود العالم الخارجي أو أنه يستمد من مصادر ذاتية أكثر، هذا هو تحديد ما إذا كان اختبار الواقع قد تضرر، كما لدى مريض الذهان، وإذا كان الأمر كذلك إلى أي مدى، وسواء كان السلوك مشكل أو مضطرب لكنه يرتبط جوهرياً باستيعاب العالم الخارجي يمكن تحديده أيضاً وللوصول لمثل هذا القرار المتصل بالواقع، يركز الأخصائي النفسي على جوانب عديدة من العمليات المعرفية، بما فيها التأكد من قدرة المريض على التمييز بين العالم الذاتي وبين الظروف الموضوعية. وقدرة المريض على الحفاظ على الواقع أولاً والسيطرة على العقلانية هي المسألة الرئيسية، علاوة على ذلك، من الضروري للأخصائي النفسي تقويم طبيعة إدراكات المفحوص للأبنية الخارجية، والإدراك مرتبط بالفكرة والمعنى وبالتالي فإنه يعكس أعمق بناء للمعرفة، ومن طرق تركيز الأخصائي النفسي على طبيعة الإدراك هي استخدام المادة الخام للمقابلة الشخصية وكذلك استجابات المريض على اختبار لتقييم (حكمه ومنطقه وعقلانيته) بل حتى قدرته على المشاركة الوجدانية.

وأهمية الجهاز المعرفي تنعكس في هذا الجزء مبكراً في التقرير هذا المكان منطقي لأن مسألة اختبار الواقع تؤثر بشدة على معنى المشكلة التي يحضر بها المريض، ومن الضروري البدء بالتمييز بين الوظيفة الذهانية وغير الذهانية في نقطة مبكرة من التقرير.

ثانياً، فإن العوامل ذات الصلة بالتفكير، ومنطق، وحكم وذاكرة، وتجريد، والتخطيط العقلاني تدرس أيضاً وطريقة عمل هذه القدرات تشكل أساساً للبناء العقلي للشخص، وينعكس هذا البناء في تحليل نتائج اختبار الذكاء، وهي تكون مهمة في التحليل الشامل للوظيفة المعرفية ويتطلب ذلك جزءاً منفصلاً.

الوظيفة العقلية

Intellectual Functioning

إن اختبار الذكاء هو مقياس خاص يساعد أساساً في تقييم طيف عريض من الصفات المعرفية، وطريقة عمل هذه الصفات المعرفية لدى المريض يجب أن تحدد، ونقطة الانطلاق من اختبار الواقع السليم غالباً ما تنعكس في النتائج الكمية والكيفية للنتائج الإجمالية لاختبار الذكاء، وكذلك في درجات اختبارات فرعية معينة للمقياس والاستخدام الهادف إكلينيكياً لاختبار الذكاء سيكون أحد الطرق التي فيها التحليل المعرفي يكون مهماً مثل معدل الذكاء .I.Q.

وليس هناك جانب في البيانات المستمدة من اختبار الذكاء يمكن أن يصمد وحده، بهذا المعنى فإن درجة الذكاء .I.Q يجب أن تدمج في التقرير بطريقة تركز على تطور فروض عن الشخصية، وتعميق وتوضيح الموضوعات الناشئة، ومبدأ الدمج نفسه يصدق على المكونات الأساسية للبناء المعرفي ومضامينها في علاقتها باختبار الواقع. إذاً لا توجد درجة الذكاء بمعزل.

وتقويم الجوانب الأساسية للوظيفة المعرفية والفكرية أيضاً لابد أن يرتبط بالفروض حول ديناميات الشخصية الجاري تطويرها في تقرير الاختبار، وهكذا فإن تقويمات الذاكرة، والتخطيط، والحكم، واحتمال الإحباط، وتأثير القلق على الأداء، والقدرة على التجريد، والتفكير، ودرجة المشاركة الوجدانية يمكن أن تقييم جميعها كل على حدة، هذه المكونات الأساسية يجب أيضاً دمجها وربطها بالفهم الجوهري للشخص ومشكلاته التي يفسرها التقرير الشامل، وجانب هذا الدمج يتعلق بطريقة إدارة القلق، لأن المهارات المعرفية والعقلية تكون حساسة بشكل لافت بتأثير القلق.

وهكذا فإن القلق وتقلباته يتم تقويمهم كخطوة منطقية تالية، لأن القلق كثيراً ما يكون مسئولاً إلى حد كبير عن مشكلات السلوك المبدئية، وطبيعة القلق وكمه وكيفه، مهمة لفهم كلا من المشكلة المباشرة وسلامة البناء المعرفي النسبية.

طبيعة القلق
The Nature Of Anxiety

مثلما يضر القلق بالوظيفة المعرفية والعقلية، فإنه يمكنه أيضاً أن يتدخل في طريقة معالجة الشخص للمشكلات، وتؤكد هذه الحقيقة الدور المحوري الذي يلعبه القلق في وظيفة الشخصية، وصلته الخاصة بمشكلات الشخصية، إذا تم إدارة القلق عن طريق أعراض جسمية مثلاً، يميل المريض إلى الانشغال بمشكلات صحته الجسدية، وإذا تصرف الفرد بناء على القلق، سيؤدي ذلك إلى مشكلات سلوكية واجتماعية صدمية، مثل تلك تواجه كثيرًا في البيئات المدرسية، عند عدم إمكانية تصريف القلق، ينتج ذعر ومشاعر عدم راحة قصوى تسبب الكرب النفسي الشديد للشخص، مثل تطوير سلوك فوبياوي، من ناحية أخرى قد يشعر المريض بقلق شامل منتشر يتعلق بالانقسام المصاحب للذهان، لذا فإن توضيح طبيعة وكثافة العلاج هو عامل مهم للشخص الذي سيقرأ التقرير، مثل هذا التحليل يسهل الفروض حول شخصية المفحوص والتي تتطور مع استمرار التقرير.

والقلق هو نقطة الارتكاز عند هذه النقطة من تسلسل التقرير لأنه يربط الأجزاء التي تتناول جوانب الشخصية، مثل الانفعالات وميكانيزمات الدفاع، لذلك فإن الجزء الخاص بالقلق يظهر قبل مناقشة ديناميات الشخصية والانفعالات وميكانيزمات الدفاع لتنظيم الانفعال والتحكم، وبالتالي فإن تسلسل التقرير يركز على سلوك المريض أثناء المقابلة الشخصية الإكلينيكية، واختبار الواقع لدى المريض، وتنظيمه المعرفي. هذا التسلسل يؤدي إلى دراسة دور القلق والدور الذي يلعبه في هذا السلوك، وبعد مناقشة طبيعة القلق وعلاجه، تتاح الفرصة لتقويم مشكلات الدفعات/ التحكم، والانفعالات، والدفاعات وكذلك بناء النفس الداخلي.

عموماً فإن الجزء التالي من التقرير لابد أن يساعد على توضيح التوازن النسبي في الشخصية بين الدفعة والتحكم هذا التوازن مرتبط بصورة معقدة تفصيلياً بالسلوك والقلق.

الدفعة مقابل التحكم

Impulse Vs Control

إن دراسة هذا القضية تجعلنا نركز على مشكلة السلوك الحاضرة من منظور جديد، وجهة النظر هذه تزود تفصيلاً للقوى الدينامية لدى المريض عن طريق تحليل ومناقشة التفاعل بين الدفعات والضوابط، بالتالي فإن الاستنتاجات المستخلصة من هذا الجزء حول المعرفة واختبار الواقع يمكن أن ترتبط بجوانب الأعراض المرضية لدى الفرد، مثلاً مشكلات التحكم، والإدراك، والتفكير يمكن أن ترتبط بالتوتر في التوازن النسبي الموجود بين التعبير عن الدفعة ومدى السيطرة على هذا التعبير.

والنتائج المتعلقة بطريقة عمل القلق في وظيفة الشخصية يمكن أيضاً تطبيقها على الميكانيزمات التي تنظم الدفعات، والعناصر المعرفية الأساسية، والقلق، والسيطرة على الدفعات تشكل تسلسلاً مهماً في فهم الصرع الذي يؤكد على السلوك المشكل الواضح وخبرات المريض.

وثمة سمة أساسية أخرى لتحليل وكتابة تقرير عن طبيعة التفاعل الدينامي بين الدفعة والتحكم المتعلقة بمستوى النضج في بناء الشخصية، مثلاً الضوابط الضعيفة جداً التي تمكن الدفعات القوية من بدء سلسلة سلوك مباشر تعكس مستوى نضج بدائي نسبياً. من ناحية أخرى، فإن وجود كف أقوى يشير إلى مضامين إكلينيكية أخرى.

وعلاقة الدفعات بالضوابط بجوانب النضج للشخصية له تأثير مباشر على الوظيفة النفسية الداخلية وعلى الاعتبارات التشخيصية وبسبب المناقشة المفصلة التي يسمح بها تحليل القضايا الناجمة عن نتائج التفاعل بين الدفعات والضوابط، والتشخيص الفارقي المبدئي العريض يتعلق باختبار الواقع واحتمال تطور الذهان، والفئات الأضيق من الاحتمالات التشخيصية.

وهكذا فإن تسلسل أجزاء التقرير، يحدث صقل للاتصال حول التفاصيل ذات المغزى للتكوين الأساسي للشخصية بدءًا من السلوك المشكل ومروراً على التفصيل الثري الواضح لإطار عمل فيه يتجسد هذا السلوك، إن السلوك يكتسب سياقاً ومعنى من الواضح أنه حتى أكثر أنواع السلوك والخبرات غرابة يمكن توضيحها عن طريق خطوات تفسيرية في تطوير تسلسل التقرير.

إن ديناميات الدفعات/ الضوابط كما ترتبط بالسلوك، والمعرفة، واختبار الواقع، ويمكن فهم القلق أكثر عن طريق تحليل عمليات الدفاع النوعية وميكانيزمات الدفاع التي تنتج عمل هذه الديناميات.

البناء الدفاعي

Defensive Structure

تستخدم الدفاعات في الشخصية لإدارة الانفعال، والقلق، والتوتر، ودور الدفاع مهم لأنه يؤثر على مسألة ما إذا كانت الانفعالات تعمل علناً مع وجود ميكانيزمات حاكمة ضعيفة، أو أنها تم التحكم فيها بإفراط وميكانيزمات الدفاع، والتي تشكل العناصر الأساسية للبناء الدفاعي، تنظم أو تتحكم في الانفعالات والقلق المحيط بهذه الانفعالات.

في المجال النفسي التشخيصي، يكون اهتمام الأخصائي النفسي عادة بالدفاعات التي تلعب دوراً في إدارة الصراع الانفعالي، وتحليل البناء الدفاعي يؤدي إلى فهم أفضل للشخصية بأسرها، وأيضاً إلقاء الضوء على السلوك المتضمن في كرب المريض النفسي الأصلي، وهكذا فإن من الجوانب المهمة للتقويم لعمليات الدفاع ما تشمل تحليلاً للصراع الانفعالي.

والعنصر الأساسي الثاني المهم في الكف عن العمليات الدفاعية ما يتعلق بأسلوب الشخصية للفرد، وأسلوب الشخصية أكثر من مجرد دراسة دفاعات الفرد، إنه يشمل سمات الشخصية، وأسلوب الشخصية، هو بصمات الشخصية الفريدة للفرد، وتعكس نمط سماته، أنه الشكل الدائم، ورغم أنه قد يكون نمطاً مريضاً سيء التكيف لدى بعض الأشخاص، فإنه مع ذلك يقاوم التغيير، ولذلك يكون متسقاً.

وتحلل العمليات الدفاعية بشأن الدفاعات الفردية والأنماط الدفاعية المميزة والتي ترتبط بالسلوك ارتباطاً معقداً، ورغم أن دفاعات الفرد قد لا يمكن تمييزها بسهولة بسبب تفاعلها الدقيق مع الانفعال، وأساليب الشخصية المميزة وأنماط السلوك، فإنها تكون مرئية في كل المجالات المتعلقة بالفرد، وقضايا العمليات الدفاعية هذه ترتبط مع السلوك والاعتبارات التشخيصية، ومن سمات الدفاعات هو وجود اعتبارات تشخيصية مختلفة ترتبط بطريقة منظمة بتكوين سمات الشخصية ومجموعات الدفاعات وبالتالي فإنها تحيل إلى أن ترتبط بتشخيصات معينة، وهكذا فإنه في هذا الجزء من التقرير سنزود تحليلاً مفصلاً للبناء الدفاعي للشخص وتزويد بيانات أساسية تنقل معلومات تشخيصية.

والطريقة الأكثر درامية التي فيها العمليات الدفاعية وسمات الشخصية تسفر عن نفسها عن طريق وظيفية الفرد والعلاقات مع الناس، ونتيجة لذلك، فإن فهم ووصف ردود الفعل الشخصية للمريض، وسلوكه والعلاقات يكون لازماً، هذا النوع من الوصف معروض في الجزء التالي حول السلوك بين الناس، ويشمل تحليل النمو النفسي الجنسي والتوحد.

الهوية والسلوك في العلاقات بين الأشخاص
Identity & Interpersonal Behavior

محور هذا الجزء من التقرير بعد دراسة الإحالة والمقابلة التشخيصية كان إلى حد كبير على العلاقات بين الأشخاص بما فيها اختبار الواقع، والوظيفة المعرفية، والقلق، والتحكم في الدفاعات، والبناء الدفاعي، عند هذه النقطة من الضروري بلورة المعلومات بحيث تؤثر على حياة الشخص، إذاً فإن الصراعات داخل الشخصية يجب النظر إليها على أنها تؤثر على العلاقات مع الآخرين، وثمة طريقة أخرى للقول بأن هذا هو ما حللناه في السابق في ضوء تنظيم داخل الشخصية والتي ستدرس الآن في ضوء التعبير عن العلاقات بين الأشخاص.

ويوجد جزأن فرعيان أساسياً سندرسهما الآن الأول يتعلق بمشكلات صورة الذات Self-Image وتقدير الذات، والهوية الجنسية، ثانياً: طبيعة حاجات النمو الشخصي للفرد، لأنها ستستخدم لشرح الصراعات بين الأشخاص.

والموضوع الأولى للهوية يدور حول الهوية النفسجنسية للفرد، ومدى النضج في الشخصية يحدد وضع التوحدات- والثنائية الوجدانية في التوحدات النفسجنسية ترتبط بعدم النضج والنمو النفسجنسي المنتشر.

وبعض مشتقات الهوية النفسجنسية غير الناضجة نسبياً للمفحوص تشمل مدى الاعتمادية، والتنفيس الجنسي "سواء بالجنسية القهرية أو الجنسية المثلية"، وطبيعة وإدارة احتمال الإحباط، والقدرة الشاملة على إعلاء الدفعات لأعراض بنائية، وطرق تحقيق الطموح، والتمكن، والإشباعات، كذلك فإن الهوية تشير إلى طبيعة التوحدات مع الوالدين والطريقة التي يتم بها استدماجها وقبولها، وعندما تكون الاستدماجات غير مقبولة، حينئذ تظهر المشكلات النفسجنسية.

وطبيعة هوية الفرد هي جزء لا يتجزأ من أنا الشخصي، والتقرير الذي يناقش بناء أنا المريض وأركان الهوية يجب أيضاً أن يناقش قوة الأنا، بما في ذلك ما إذا كانت الأنا هشة، أو صلبة، أو مرنة، هذه المناقشة للأنا بالتالي تؤدي إلى فهم أوضح لمشكلات الشخص بشأن صورة الذات وتقديرها.

كل هذه المسائل لها علاقة بالذات وقوة أنا المفحوص وتصبح محددات للعلاقات بين الأشخاص، وتشكل النقطة التي عندها تتشابك العلاقات داخل الشخصية وبين الأشخاص وبعضهم، وبالتالي فإن السمات الداخلية للهوية أو للأنا Ego، يمكن النظر إليها باعتبارها معبر عنها داخل الشخصية، يؤدي ذلك لمناقشة في التقرير للتوترات داخل الشخصية، والصراعات، والأهداف واضطرابات المفحوص.

السلوك بين الأشخاص

Interpersonal Behavior

مشكلة العلاقات بين الأشخاص تتحدد أساساً بواسطة طبيعة النمو داخل الشكل في علاقته بقوة الأنا والهوية والموضوع هو أن الصراعات داخل المفحوص وأوجه القصور تؤدي إلى مشكلات داخل الشخص أثناء المقابلة، في التقرير هذه الصلة يجب التركيز عليها بوضوح، وفي السابق كانت هناك مضامين حول إمكانية وجود صعوبات داخل الشخص في ضوء مناقشات احتمال الإحباط، والسيطرة على الدفعات، ومستوى النضج، واختبار الواقع الشامل. في هذا الجزء من التقرير يدرس الأخصائي النفسي مضامين تدور حول العلاقات بين الأشخاص الموجود من قبل، والمضامين الممكن التأكيد عليها يجب تفصيلها، وكذلك التي تحتاج لمراجعة تدرس أكثر، مثلاً تلك المبنية على عمليات دفاعية، وقلق، وطبيعة الأنا، والسلوك بين الأشخاص قد يفهم بطريقة أكثر سهولة، وهو عادة يشير إلى كيف يدير الشخص أي علاقة شخصية، مثلاً العلاقات الزوجية، علاقة الفرد بصاحب العمل، علاقة المدرس بالطالب، أو العلاقة الجنسية.

ما هي الخصائص المهمة الواجب ضمها في التقرير حول العلاقات؟

أولاً من المهم التأكيد على مدى استمرارية العلاقات وتعميقها، من المهم أيضاً تقييم ما إذا كان المريض يتكيف مع حاجات الآخرين أو ما إذا كان تحت الضغوط يصبح انفجاري، أو مكتئب، أو منسحب، وعند تحليل هذه الخصائص، يستطيع الأخصائي النفي الإشارة إلى المناقشات السابقة لاختبار واقع المريض وميكانيزمات الدفاع لتوضيح هذه المشكلات المتعلقة بالعلاقات بين الأشخاص.

وعلى مستوى أكثر تفصيلاً فإن سلوك المرء في العلاقة بين الأشخاص يمكن صياغته في ضوء السمة المحددة بدرجة عالية والصريحة، والدور المميز للمريض في علاقة ما، مثلاً قد يكون له نتائج محددة للندية والقابلية للاستمرار للعلاقة، والسمة المميزة أو سلوك الدور قد يكون إغوائي، أو أوتوقراطي، أو سلبي، أو عاصي، أو معتمد، أو عدواني أو اكتئابي. إلا أن النقطة الجوهرية هنا هي ليس ببساطة تزويد سلسلة لا تنتهي من الصفات حول المريض، بالأحرى فإنه من المتحتم إدراك أن كل خصائص الدور تدور حول حاجات متوقعة قليلة، ومن أمثلة هذه الحاجات أو الموضوعات السلطة، الأمن، والسيطرة والدور الذي يضطلع به يعكس هذه الحاجات الأساسية للشخصية.

وهكذا فإن الدور الذي يقوم به المريض في العلاقات مع الأشخاص يكون

مبنياً على حاجات مهمة فيها تنشأ المشكلات والاضطرابات في تلبية هذه الحاجات كانت بلا شك مرتبطة بالأعراض أو مشكلات السلوك التي سببت الإحالة، ومشكلات مثل الاكتئاب، أو الانسحاب، أو الشعور بالاختلاط، أو التنفيس يمكن الآن تشخيصها على أساس الحاجات الداخلية.

بهذه الطريقة فإن الصورة الإكلينيكية تصبح تحليلاً متكاملاً يشمل السلوك، والخبرة، وتوضيح الوظيفة الداخلية عند تكامل كل هذه الجوانب لتحليل الشخصية بدرجة كافية، يمكن صياغة الاستنتاجات التشخيصية وتوقعات سير الحالة المرضية، والتشخيص النهائي يمثل ذروة الاتصال الواضح والدقيق بين الأخصائي النفسي والقائم بالإحالة.

التشخيص والتنبؤ بسير الحالة المرضية
Diagnosis & Prognosis

التشخيص النهائي يكون قيماً لأنه يلخص ويدمج وصف شخصية المريض، كما أنه يزود معلومات حول أي مرض، ويتكون التشخيص بواسطة فهم الشخصية في ضوء المعايير الإكلينيكية وفهم بناء الشخصية والطبيعة الإكلينيكية للاضطرابات يوضح مجالات التغيير، والتحسين والعلاج، وتحقيق الاستقرار، ويصبح التشخيص أداة مهمة في أي إستراتيجية علاج أو خطة علاج كذلك فإن التشخيص يساعد أيضاً في تقييم الجدارة النسبية لخطة العلاج وأفضليتها عن طريق خطة أخرى، والمهم هنا هو أن التشخيص يساعد على الكشف عن أهم وسائل العلاج فاعلية بين البدائل، مهما كانت نذر الحالة تفاؤلية أو تشاؤمية.

وبصفة عامة فإن التشخيص يتألف من تمييز الجوانب الأعراض التالية:

الاعتبار الأول: هو ما إذا كانت وظيفية الفرد تعكس اضطراباً عضوياً أو ذهاناً، أو اضطراباً شخصياً، أو عصاباً، وما إن يتم تحديد المجال العريض، يمكن تقويم التشخيص الدقيق في هذا المجال، وإذا ظهرت أعراض مزعجة مثل الإدمان، أو الاختلال الوظيفي الجنسي، أو الفوبيا في تشخيص معين، حينئذ يمكن تعريفها.

تتضمن هذه الطريقة نطاقاً من المستويات التشخيصية المستخدمة لزيادة صقل التشخيص، والفهم التشخيصي يطور من مستويات المرض لأبعاد كامنة أعمق، وهكذا يبدأ التشخيص بسلوك مشكل قد يحدد على أنه عرض إكلينيكي مثل الفوبيا، أو الاضطراب الجنسي، أو الوسواس القهري، إذا ارتبطت مظاهر القلق بهذه الأعراض، فإن المستوى العصابي للمشكلة مثل عصاب القلق أو عصاب الوسواس

القهري يمكن القول به، والتأكيد على هذا المستوى هو تكوين الشخصية التي فيها الأعراض تتجسد، عند هذه النقطة فإن التشخيص يتم لتنظيم الشخصية التي تنتج نمو زائد للأعراض، وإذا وجد نمط سيء التكيف عميق، يمكن التعرف على اضطراب الشخصية مثلاً، الشخصية الفصامية أو السلبية/ العدوانية.

وعند وجود الذهان بصورة ظاهرة أو كامنة، يجب دراسة مستوى تشخيص آخر، هذا المستوى مهم عندما يكون هناك احتمال لضعف بناء الشخصية، أو مستوى مرضي أعمق، وإذا أصبحت الأضرار العصبية واضحة، وتتيح تشخيص هذا المستوى الأساسي من المرض.

وطرق التشخيص التي تنتج هذه الخطة متعددة الأبعاد تصوراً كاملاً تعقيد الشخصية وتزود تقييما أكمل لإمكانية العلاج نتيجة لذلك فإن نذر حالة المرض قد تكون مبنية على حاجات الدعم، وعلاج اضطراب الشخصية، وإعادة بنائها، أو تخفيف حدة الأعراض.

والأجزاء المتتابعة من التقرير تختتم الآن بمؤشر سير حالة المرض، الذي يرتبط مباشرة بمشكلة السلوك الأصلية.

ومن الإنجازات الرئيسية للتقرير عقب هذا التسلسل هو أنه يكشف عن جوهر السلوك الأصلي، وكيف يتلاءم مع الشخصية بأكملها ونواحي القوة التي يمكن حشدها لعلاج الاضطراب الحالي.

وسوف نعرض كل جزء من التقرير تفصيلياً.

ملخص Summary

في هذا الفصل، تم تحديد الأهمية الخاصة لكل جزء منه في التقرير النفسي، ومبرر عرضه للكشف عن العلاقات الداخلية المنطقية وتسلسل هذه الأجزاء.

٣

الفصل الثالث
المقابلة الشخصية الإكلينيكية

الفصل الثالث

المقابلة الشخصية الإكلينيكية

The Clinical Interview

في هذا الفصل نعالج تقويم الملاحظات الإكلينيكية وصياغتها في الجزء الأول من التقرير، وهذا الجزء من التقرير مبني إلى حد كبير على البيانات المتحصلة أثناء المقابلة الشخصية الإكلينيكية مع المريض.

عند كتابة هذا الجزء، سيكون لدى الأخصائي النفسي البيانات المستمدة من مصادر أخرى، مثل سلوك المريض، والتعليقات العفوية، والأسئلة حول جلسة الاختبار، كذلك فإن الأخصائي النفسي بالطبع سوف يلاحظ استجابات المريض وإنتاجاته (مقابل سلوكه وتعليقاته العفوية) في علاقتها بمهام الاختبار.

كل مصادر المعلومات هذه وكذلك المادة التاريخية والاجتماعية والمتعلقة بالنمو التي يتعلمها القائم بالاختبار، سوف تسهم في انطباعات الأخصائي النفسي، تلك المكتسبة بوجه خاص أثناء المقابلة الإكلينيكية والتي يكون لها قيمة خاصة لأن الأخصائي النفسي يسبر غور المادة اللازمة بطريقة عمدية، مباشرة وإماطة اللثام عنها، والجزء من التقرير الذي يتطابق مع المقابلة الشخصية الإكلينيكية يعرض النتائج المستمدة من مصادر عديدة، رغم ذلك فإن المقابلة الإكلينيكية الدقيقة والمترابطة التي يقوم بها الأخصائي النفسي تزود بيانات جوهرية وانطباعات قيمة حول المريض، هذه الانطباعات ضرورية لبدء تفسير الأبعاد النسبية المناسبة لتحليل المريض والدعم والمساعدة لهذه التفسيرات المبدئية تزود بالطبع بواسطة مصادر أخرى للبيانات تلعب دوراً خاصاً في الارتباط مع المكونات الأساسية للشخصية التي هي –محل التقويم– وتُفسر وتكتب في الأجزاء التالية للتقرير.

مقابلة المريض

Meeting The Patient

عندما تقابل المريض للمرة الأولى، ما الذي تلاحظه شخصياً أولاً؟ ما صفات المريض اللافتة في الحال؟ ماذا تفعل حيال هذه الانطباعات؟ هل تلاحظ وضع

جسمه، أو نوعية صوته، أو ملبسه أو مصافحته باليد، ومستوى نشاطه، واستجابيته الشاملة؟ ما أهمية هذه الانطباعات لك؟

كل الناس يتكون لديهم انطباعات أولية، لكن انطباعات الأخصائي النفسي تكون خاصة وتفيد غرضاً إكلينيكياً، والفرق الحاسم هو أن انطباعات الأخصائي النفسي يمكن استخدامها لوضع فروض تشخيصية، فضلاً عن أن هذه الانطباعات يمكن تنسيقها مع مادة المحتوى التي يتم التأكيد منها عن طريق الاختبار لتقييم صدق الفروض، وهكذا فإن المقابلة الإكلينيكية سوف ينتج عنها وصف لطبيعة التشخيص.

والصياغة التشخيصية تمتد إلى ما بعد وصف إطار العمل، والتقويمات التشخيصية يمكن القيام بها بشأن شدة وطبية قلق المريض، والدفعات، وخصائص العلاقات بين الأشخاص، والتعامل مع الانفعالات، ومستوى النضج.

والمقابلة الإكلينيكية فريدة في ضوء اعتبارات التشخيص العريضة لأن الفاحص قد يلاحظ المريض ويتفاعل مباشرة، بدون أداة أو مهمة تدخل. إنه الجانب الطبيعي والعفوي لأقصى حد من تسلسل الاختبار، إذاً فإن المقابلة تمكن من ظهور الانطباعات التشخيصية بشأن مدى عريض من الأداء الوظيفي للمريض، ويمكن القيام بالملاحظات والاستنتاجات حول سلوك المريض وخبرته والتي يراها الأخصائي النفسي مباشرة، بالتالي فإن المقابلة الإكلينيكية تزود فرصة لبحث عينة فريدة من وظيفة المريض الشاملة.

عينات السلوك

Samples of Behavior

طوال تسلسل الاختبار، فإن العينات المختلفة من سلوك المريض تولد استجابة للتساؤل، والمحادثة، وتطبيق الاختبار، وكل طريقة تطبق على المريض، بما فيها تلك التي توفرها تقنيات اختبار مختلفة، تنتج عينات لطرق استجابة المريض، ودفاعه، ووظيفته، ما يكشف عنه هو سلوك المريض أثناء المقابلة الإكلينيكية بطريقة ليست عشوائية، أو بواسطة معلومات خارجية بالأحرى إنها طريقة هادفة للحصول على عينات من سلوك المريض من أجل تطوير فهم مبدئي لخبرته الشاملة.

وكما نرى من هذه الاعتبارات فإن المناهج المختلفة التي يطبقها المريض طوال موقف الاختبار هي نموذج مصغر لأدائه الوظيفي الشامل، وعن طريق

دراسة وتقويم تفاصيل النموذج المصغر للسلوك، فإن القائم بالاختبار يستطيع تقييم مجموعة كاملة من وظيفية المريض.

يتضمن ذلك نواحي القوة لديه، ونقاط ضعفه، وصراعاته، وأساليب توافقه، وكذلك المضامين التشخيصية. هذه النماذج للسلوك تؤدي إلى فهم حياة المريض ووصفها. هذا النموذج للتقويم أو البحث عن البيانات يختلف عن ذلك المقترح بواسطة تراكم البحوث عن البيانات، والأخصائي النفسي لا يبحث عن ولا يجمع الأدلة حول المريض.

نماذج السلوك مقابل الأدلة

Samples Vs Evidence

ما الفرق بين تقويم عينات سلوك المريض مقابل تراكم الأدلة حول المريض؟ إن دور الأخصائي النفسي بوضوح هو دعم أو تفنيد الفروض، وتتطلب هذه المهمة الموضوعية والفحص للمعلومات من أجل تطوير صورة لشخصية المريض، والأخصائي النفسي لا يكون مهتماً بإثبات صحة أي شيء لصالح المريض أو ضده، بدلاً من ذلك فإنه يركز على نقاط القوة والضعف والقدرات وأوجه العجز، والموارد وتطورها، من بين صفات أخرى، بدلاً من الحكم ما هو جيد أو سيء أو سلوك برئ أو مذنب.

ولا يوضع المريض تحت التجربة، وهدف الأخصائي النفسي يكون استخدام نماذج السلوك لفهم، ووصف، والعرض المنطقي للفروض من المتعلقة بالاعتبارات التشخيصية.. مثلاً، الشخص ذو رائحة الجسم المؤذية لن يدان على الفور، بل يعتمد ذلك إشارة إلى ما يمكن أن يتضمنه بشأن أدائه الوظيفي الشامل والتمييز بين عملية جمع نماذج السلوك مقابل تراكم الأدلة الحكمية مهم لأنه يساعد على توضيح دور الأخصائي النفسي في التوصيل الشامل للنتائج، وطريقة التفكير هذه حول نماذج السلوك في التقرير التشخيصي النفسي تطبق أيضاً على تقويم كل البيانات المتراكمة من الاختبارات المطبقة. وعن طريق التعامل مع نماذج سلوك المريض بهذه الطريقة، فإن الوصف غير الموحد لوظيفية المريض الشاملة يمكن أن تستمد وتركب.

بالتالي فإن دور الأخصائي النفسي هو إضفاء الترابط لعينات السلوك التي سببت ظهورها تقنيات الاختبار المختلفة وطريقة المقابلة الشخصية التي يستخدمها الأخصائي النفسي، علاوة على أن المشكلة السلوكية المبدئية التي أدت إلى الإحالة

للاختبار هي أيضاً عينة من السلوك المهم، لذلك فإن المقابلة الإكلينيكية ومشكلة الإحالة يجب أن تدرس معاً كعناصر أساسية تشير إلى أبعاد مهمة للشخصية ستحلل تفصيلاً.

والصلة بين الشكوى الحاضرة وسلوك المريض أثناء المقابلة الشخصية تتضمن نقاط رئيسية معينة تتعلق بالقائم بالاختبار.

الإحالة والمقابلة الشخصية الإكلينيكية

The Referral & The Clinical Interview

إن الأسئلة التي يطرحها مصدر الإحالة قد لا تعكس بصدق ما الحاجات الواجب دراستها باعتبارات محورية حول المريض، مثلاً، الطبيب النفسي الذي يطلب تشخيصات فارقية بين الاكتئاب داخلي المنشأ والاكتئاب الذهاني قد يتجنب قلقه حول إمكانية تنفيذ المريض الانتحار، والشخص المحيل كثيراً ما يحتاج المساعدة لتوضيح مثل هذه المسائل الرئيسية. يتضمن ذلك حاجة الأخصائي النفسي لا تُقيد بالضرورة بواسطة القيود المبدئية التي وضعها مصدر الإحالة.

في المقابلة الشخصية الإكلينيكية فإن الإحالة التشخيصية الفارقية لا يمكن أخذها بظاهرها، لذلك من المرغوب فيه للأخصائي النفسي أن يسمع من المريض حالما أمكن تفاصيل تؤدي إلى الإحالة. هذا الاتجاه لجمع المعلومات يمكن الأخصائي النفسي من أن يظل حساساً لاحتمالات أخرى قد تكون مهمة للمريض، رغم أنها قد تكون ضعيفة الصياغة أو متجنبة بواسطة مصدر الإحالة، ويحتاج الأخصائي النفسي أن يظل منفتحاً على موضوعات خارج تلك التي وضعها مصدر الإحالة، والمقابلة الشخصية الإكلينيكية غالباً ما تزود طرفاً فيه مشكلة السلوك لدى المريض أو الوظيفة المرتبطة يمكن ملاحظتها، والقائم بالمقابلة الشخصية يقيم وجود، أو غياب، أو تحولات السلوك المشكل، ثم يصيغ فروضاً تجريبية حول الأعراض، والشخصية، والتشخيص. ومع المريض الذي يشرب الكحول أثناء العمل، مثلاً قد تظهر أنماط توتر، وقلق، ومشاعر الذات تتعلق بضغوط اضطراره إلى الإجابة على أسئلة المقابلة للأخصائي النفسي، ويمكن ملاحظة الإجابات المتشابهة في مهام الاختبار، والقلق الزائد قد يرتبط بحاجات الاعتمادية التي تهدد المريض، وحاجة المريض لشرب المسكرات ليهدأ إحساسه بالتهديد يمكن ملاحظتها من الوهلة الأولى في المقابلة بواسطة ملاحظة السلوك أثناء الاختبار.

وأسلوب توافق المريض الشامل وما يرتبط به يظهر من التفاعل بين الباحث

التجريبي والمريض أثناء المقابلة الشخصية، هذه العينة من الأنماط التي تميز العلاقات مع الأشخاص يمكن استخدامها لتطوير فروض حول الشخصية، والتشخيص والاستنتاجات المؤقتة حول سلوك المريض، ومعناه المحتمل يمكن توضيحها في هذا الجزء من التقرير، والحذر المطلوب عند هذه النقطة أن السلوك الملاحظ ومعناه يجب أن يقتصر على الصفات التي تضيف إلى كلا من فهم المريض ووضوح التقرير، لذلك عند كتابة هذا الجزء من التقرير، لا تُفيد القائمة العشوائية من المحادثات. المفيد لن يعتمد على التقرير عند التعامل مع المريض هو تراكم الملاحظات ذات الصلة التي تضاف إلى الفروض الهادفة التجريبية، مثل هذه الفروض تتطلب تفكير دقيق وقرارات واعية حول البيانات غير ذات الصلة التي تحذف وكذلك الملاحظات المختارة لضمها.

والفروض التشخيصية التجريبية تفيد في تنظيم الملاحظات المرتبطة بأسلوب التوافق التي تظهر من المقابلة الشخصية الإكلينيكية.

الصياغات التشخيصية المبنية على المقابلة الإكلينيكية

يمكن إجراء خطوات التشخيص الجزئي قبل صقل الوصف التشخيصي المزود عن ختام التقرير بعد دراسة كل النتائج ذات الصلة، ومن الاعتبارات العملية المتعلقة بالتشخيص الجزئي الذي يظهر مبكراً في التقرير ما يتعلق بتحديد موقع السلوك الملاحظ للمريض داخل فئة تشخيصية عريضة نسبياً، هذه الخطوة المبدئية للتشخيص لا تؤسس انطباعاً تشخيصياً إكلينيكياً نهائياً يمكن ربطه بطريقة منظمة بعرض البيانات الإضافية والتطوير اللاحق لفروض تشخيصية أكثر صقلاً، وتسلسل التشخيص التدريجي حتى نهاية التقرير يتواصل حتى نهايته حيث يزود الانطباع التشخيصي الأقوى.

والطريقة التقليدية لوضع وصف أولي تشخيصي هو تحديد موقع نماذج السلوك الملاحظ في المقابلة وجلسة الاختبار داخل أحد أربعة فئات تشخيصية عريضة، يشمل هذا المنهج التمييز بين الذهان، والسبب العضوي، اضطراب الشخصية وكذلك العصاب.

وتحديد موقع المريض في أحد هذه الانطباعات الأربعة على أساس المقابلة يتيح الصقل اللاحق وإضافة تفاصيل تشخيصية لدراستها عند كتابة التقرير، وعند كتابة جزء المقابلة الشخصية من التقرير، فإن الأخصائي النفسي يكون لديه ميزة الحصول على ملاحظات لسلوك المريض، وأسلوب استجابته، وإنتاجاته على

الاختبار وانطباعاته من كل هذه يمكن أن تلعب دوراً في صياغات التشخيص المبكر والتي توصل في سياق هذا الجزء من التقرير.

ولأن التمييز من الفئات الرئيسية الأربعة من التشخيص محل دراسة حالياً، فإن الخطوة الأولى هي استبعاد أو تحديد وجود ذهان، عقب ذلك فإن البدائل غير الذهانية، واضطراب الشخصية، أو العصاب يمكن أن تدرس. في مراحل لاحقة من التقرير، فإن العناوين الفرعية المناسبة للارتباطات المتداخلة بين هذه الأقسام توضح وتعرض.

وتقويم المقابلة الإكلينيكية والتقرير عن نتائج الجزء المطابق، من المفيد للأخصائي النفسي الاعتماد على القليل من المبادئ المنظمة. تزود هذه المبادئ طريقة لدراسة عينات السلوك المجمعة أثناء المقابلة الإكلينيكية، ومن الطرق المفيدة دراسة ما يطلق عليه أربعة عناصر يبدأ كل منها بالحرف (A) التي اقترحها Eugene Bleuhler منذ قرن تقريباً، إن عناصره التشخيصية الأساسية لا تزال قيمة حتى اليوم، خاصة تحديد وجود أو غياب عملية ذهانية، وهي التوحد، الوجدان، الثنائية الوجدانية، والارتباط، والحاجة لتقويم وظيفة المريض في ضوء هذه الصفات الأربعة ركز عليها "بلويلر" Bleuhler بسبب اهتمامه بضمان وجود تشخيص دقيق للفصام، وكان غير راض عن عدم ثبات الاعتماد على وجود الهلاوس أو الضلالات في تشخيص الفصام، لأن هذه الظواهر قد تحدث أيضاً في تشخيصات أخرى، مثل الاضطراب العضوي والهستيريا.

ومناقشة كل من هذه العناصر الأربعة أدخله "بلويلر" Bleuhler مع اقتراحات تشير إلى دور هذه الأبعاد في تقويم المريض وتنظيم المادة في جزء المقابلة الإكلينيكية للتقرير.

التوحد Autism

المفهوم التشخيصي الرئيسي يكون مبنياً على الإحساس العام وعلى درجة انسحاب المريض وأثر الانسحاب على أدائه لوظائفه، خاصة بشأن ارتباطها بالمريض، وظاهرة التوحد ومضامينها من المعتبر دائماً أنها تؤثر على الملاحظ الإكلينيكي، وعند ملاحظة وجود توحد، يجب أن يهتم الأخصائي النفسي بتقدير مداه واستجابات شخص يظهر التوحد الذي يحكمه عوامل داخلية، لأن الضغوط نحو الانسحاب هو خاصيته الرئيسية والمنظمات الداخلية تشمل الأخيلة، والرغبات، والدفعات، وسائر العلامات الذاتية الأخرى التي تصبح سائدة وتفيض على العالم

الداخلي للفرد، ووفقاً لمدى الانسحاب الذاتي، فإن هذا الشخص ينظم نسبة يمكن تحديدها من سلوكه حول هذه الإشارات الداخلية القاهرة، وعن طريق ملاحظة أوجه القصور في اتصال المريض الشخصي والمظاهر المقابلة للمحددات الداخلية، مثل الرغبات، والأخيلة، فإن الأخصائي النفسي يمكنه تقدير المدى المحتمل للتوحد في الأداء الوظيفي للمريض.

وسيادة المحددات الخاصة أو الذاتوية للسلوك تتضمن بالضرورة أن يقلل المفحوص من أهمية الواقع الخارجي للسلوك، بالتالي أثناء كلا من المقابلة الإكلينيكية وجلسة الاختبار بأكملها فإن المريض سوف يظهر استجابات توحدية في الاتصال، بالأحرى فإن هذا الشخص سيحتفظ بتركيزه على الداخل بطريقة متسقة نسبياً.

والصفة الذاتوية للمريض يمكن إدراكها بواسطة القائم بالاختبار بسبب الانطباع المتخذ لغياب أو الخلو من الاحترام لاستجابية المريض. هذا المعنى للغياب يتعرض للخطر لأن مريض التوحد تستهلكه إلى حد كبير أو قليل عملياته الداخلية الشخصية، لذلك من الصعب للمريض أن يهتم اهتماماً واقعياً كاملاً بالموقف للعلاقات بين الشخصية. والأكثر ملحوظية هو نقص الاهتمام بالباحث التجريبي أثناء محاولته الاقتراب من المريض في بعض الحالات فإن مواد الاختبار قد يكون من الأسهل للمريض معالجتها، لكن حتى في ذلك الوقت فإن اشتراك المريض في المهمة تتميز بأسلوب مستغرق ذاتياً إلى حد كبير.

ومن الصعب نوعاً التركيز على عملية متقلبة فيها يحول المريض اهتمامه إلى العوامل الخارجية لكنه حتماً يعود إلى تحول السيطرة الداخلي وخلال فترات انشغال المريض داخلياً فإن انطباع القائم بالاختبار عن تجنب العلاقات الشخصية للمريض ستشير إلى ظاهرة ذاتوية مشكلة.

مضامين الاستجابة التوحدية

Implication Of Autistic Response

كما ذكرنا آنفاً، فإن الاعتبار التشخيص العام الأول في جزء المقابلة الإكلينيكية للتقرير هو الوجود المحتمل للذهان، ولأن التوحد مؤثر مباشرة على القدرة على اختبار الواقع، من المهم بصفة خاصة التقويم، وتوحد المريض أو انسحابه لابد أن يحتوي على نوعية غير واقعية كمؤشر للذهان، هذا الإحساس بعدم الواقع مستمد من إلحاحية الانشغالات الداخلية والنقص الناتج للانتباه للقائم بالمقابلة.

في التشخيصات غير الذهانية، فإن الانسحاب والتجنب قد يستمد بدلاً من طريقة المريض المميزة لتحقيق الزمن بل العيش مع الاتصال بين الشخص المتناقض، قد يحدث ذلك مثلاً في اضطراب الشخصية الفصامية Schizoid الذي فيه يظهر الفرد صفة انعزالية بدلاً من الصفة الغريبة، والانسحاب أثناء المقابلة الشخصية قد يلاحظ أيضاً لدى المريض السلبي لأقصى حد ذي الصفات الاعتمادية أو العدوانية كسمات رئيسية لانسحاب اضطراب الشخصية.

وثمة مثال آخر فيه السلوك التجنبي غير الذهاني للقائم بالمقابلة قد يكون بارزاً وهو الانسحاب، وهو إشارة للمريض مكتئب، وكثير الانشغال بذاته، في كل هذه البدائل غير الذهانية، فإن الصفة غير الواقعية الغريبة للتوحد التي تميز الذهان تكون غائبة عادة، ولمواصلة تقويم للاحتمالات التشخيصية الكبيرة، يجب دراسة الوجدان أو الانفعال بدقة في علاقتها بالتوحد، لأن الاضطراب الشديد للوجدان يمكن أيضاً أن يكون أساس الذهان.

الوجدان Affect

إن نوعية مزاج المريض وتعامله مع انفعالاته يمكن ملاحظته مباشرة أثناء المقابلة الإكلينيكية، وبالتالي يستطيع الأخصائي النفسي تقويم تعبيرات المريض عن انفعالاته بالمقارنة بالتعبير عن الوجدان، وللتأكد من سواء الانفعال والمزاج والوجدان يجب تقييم ملاءمة الوجدان، ودرجة تقلبه.

وعند تحديد مؤشرات الذهان، فإن ملاحظة الصفات غير العادية للانفعال لدى المريض هي نتيجة أساسية. والوجدان لدى مريض الذهان قد يكون مسطحاً، متقلباً بدرجة غير ملائمة، أو نحيفاً أو حتى غريباً، هذه الحالات الوجدانية المضطربة يمكن ربطها بسهولة بوضع جسم مريض التوحد لأن مزاجه ينظم بواسطة ظواهر داخلية إلى حد كبير عن طريق خصائص خارجية واقعية، وتحديد اضطراب الوجدان يشمل رد الفعل لوجود القائم بالمقابلة وما إذا كانت أسئلة المريض وتعليقاته التي تتم أثناء المقابلة واقعية، وملاحظة نوعية مزاج المريض يمكن أن تساعد في تمييز إمكانية وجود ذهان عن المزاج الاكتئابي، في الاكتئاب يظهر الانسحاب التوحدي، والانشغال بالذات، لكن هناك مزاج متميز أما بالعجز أو اليأس، أو الضغط الذي يشير إلى تشخيص الاكتئاب بدون ذهان، وتوجد مؤشرات أخرى جديرة بالدراسة عند مناقشة الارتباط، قد تزود صقل التشخيص أكثر بخصوص احتمال وجود اكتئاب ذهاني.

وتقلب المزاج كمؤشر تشخيصي يزود الأخصائي النفسي بلمحة عن طبيعـة ضوابط الأنا، لدى الأفراد الذهانين، فإن التقلب هو وظيفة الأخيلة الداخلية، والتـي تعمل على تناغم عوامل الواقع الخارجي لأن وجود ضوابط داخلية هـشة يجعـل التركيز على الخارج صعباً، لذلك فإن تقلب المزاج قد يكشف عن عمليات أنا هشة، وضوابط أنا ضعيفة، هذه المعلومات يمكن أن تفيد في تقويم احتمال وجود ذهـان، لأن أوجه القصور الشديدة للأنا تكون جزءاً من مرض الذهان.

وتقييد الوجدان، الذي فيه يعكس تماثل مزاج المريض فقط مجموعة محـدودة من الانفعالات، وهو مؤشر آخر للعملية المرضية، وعند وجود ضـوابط ضـعيفة للأنا والتي تظهر في الذهان، فإن تقييد الوجدان وكذلك تسطيحه يمكـن اسـتخدامه لخفض الضغط على ميكانيزمات الأنا الهشة، والمريض الذي يستجيب بهذه الأنواع من اضطراب الوجدان يزود معلومات وثيقة الصلة بتقييم صعوبته في الحفاظ على اتصال مناسبة بالواقع عندما يكون مدى المزاج محدوداً أو مـسطحاً علـى غيـر العادة، قد يكتشف القائم بالمقابلة صفة غير واقعية وغريبة. هذه النتـائج يمكـن أن تساعد على تحديد الذهان وقيمتها لا تقدر بثمن للتقرير، والصفة غير الواقعية يمكن أن تشتق أيضاً من تشوه هوسية تكشف عن عدم ملاءمة ملحوظـة فـي طبيعتهـا المستمرة، تساهم هذه الانطباعات في تقييم القائم بالملاحظة لعمليـة الـذهان مـع عنصر يتعلق باضطراب المزاج، وثمة مؤشرات أخرى لـسلامة اختبـار الواقـع وعمليات التفكير يمكن أن تساعد في توضيح ما إذا كانت الصفة الهوسية المهتاجة ترتبط بتشخيص عدم وجود ذهان أو بذهان الهوس.

وأحياناً فإن ضوابط الأنا الضعيفة لمريض الذهان يعبر عنهـا عـن طريـق المزاج والوجدان التي تكون غير مناسبة للمحادثة الجارية مع القائم بالمقابلة مـثلاً، عدم ملاءمة الوجدان قد يشمل الضحك بشأن مناقشة الأحـداث، وإظهـار سـمات غريبة بدرجة ملحوظة لدى تعبير المريض الانفعالي، أو الحماس الهوسي المستمر الموصوف آنفاً، هذه الاضطرابات الوجدانية يمكن أن تزود تمييـزات تشخيـصية عريضة عما إذا كان الذهان موجوداً.

وضحالة الوجدان أو تقلب المزاج قد يشير أيضاً إلى احتمالات وجود أضرار عضوية، ويوجد اضطراب آخر للوجدان الـذي يمكـن أن يـرتبط بالاضـطراب العضوي هو انفجارات سرعة الاهتياج، وسرعة الاهتياج قد تحدث بصورة خاصة عند نقاط من المقابلة الشخصية وتطبيق الاختبار. عندما يشعر المريض بالإحباط، والضغوط، والانغمار بواسطة مطالب متأصلة في شروط الاختبار، على النقـيض

فإن سرعة الاهتياج تنقل بطريقة يشوبها اللوم ويمكن أن تمثل تحول للمسئولية وتشاهد غالباً في اضطرابات الشخصية، خاصة إذا كانت السلبية، والاعتمادية أو السلبية/ العدوانية سمات موجودة.

باختصار فإن تحليل ملاءمة التعبير الوجداني يشمل تقدير المزاج، والتعامل مع الانفعال، وتقلبه، والجوانب الغريبة أو غير الملائمة للتعبير الوجداني، والتسطيح، والضحالة للوجدان، وسرعة الاهتياج الوقتي، عند وضع جزء المقابلة الإكلينيكية من التقرير، يجب تحليل النتائج المرتبطة بهذه التقديرات للتعبير الوجداني وتوصيلها كجزء من صياغة تشخيصية مبدئية، وتقويم هذه العوامل تساعد في التشخيص الفارقي بين احتمالات وجود ذهان واضطرابات مزاج تتعلق بالحزن، والعجز، واليأس وهي الصفات المناسبة للاكتئاب، وكما ذكرنا سابقاً فإن مؤشرات وجود مرض عضوي قد تكشف أيضاً في اضطرابات الوجدان، وهكذا عن الصياغة التشخيصية لهذا الجزء من التقرير، من المهم للغاية تحليل وتوصيل صور الوجدان وجوانبه ومظهره.

مشكلة القلق الخاصة

The Special Problem of Anxiety

من أهم خصائص الوجدان للأخصائي النفسي لتقييم طبيعة القلق كما يظهر في موقف المقابلة الشخصية، ويجب على القائم بالمقابلة أن يحدد ما إذا كان القلق الظاهر مناسب ويتفق مع حقيقة أنه في ظل الظروف العادية، فإن موقف الاختبار يكون ضاغطاً بدرجة كبيرة، وسلوك المريض وارتباطه لابد أن يعكس هذه الحقيقة، ورغم أن مشكلة القلق عولجت تفصيلياً في الفصل الثامن، فإن المسألة الجديرة في هذا الجزء من التقرير هي ملاءمته في البيئة ذات العلاقات الشخصية المتعلقة بالمقابلة الشخصية الإكلينيكية.

والقلق عموماً هو إشارة تحذير داخلية للفرد، أي أنه تنبه الشخص أن شيئاً يسير بصورة خاطئة، وهكذا فإن تحليل القلق مهم لمعرفة تأثيره على اعتبارات الواقع، ويلاحظ الأخصائي النفسي ما إذا كان قلق المريض يبدو متطرفاً، أكان خفياً أو يتم تجنبه، والتعبير غير الملائم عن الوجدان لدى المريض الذهاني قد يكون تجنب القلق غير المتوقع لموقف الاختبار، في حالة أخرى عندما يبدو المريض مصدوماً بالقلق، فإن عملية فقدان الإحساس بالشخصية والذعر المقابل قد

يحدث هذه الظواهر يجب أن تدرس في علاقتها بالتعامل الشامل مع الوجدان الجاري تقييمه وكتابة تقرير عنه عند هذه النقطة.

وعلى النقيض من تعبيرات القلق التي ذكرناها تواً، فإن القلق يمكن علاجه جيداً والتعبير عنه بطريقة مناسبة، هذه النتيجة قد تتناقض مع الذهان وتكون قوة إيجابية عند كتابة تقرير عن المريض، والقلق غير الذهاني لكنه مرضي أيضاً يمكن التعبير عنه في موقف المقابلة الإكلينيكية ولدى مريض الاضطرابات في الشخصية، يكون القلق عادة غائباً أو مكبوتاً عن طريق ميكانيزمات مرتبطة بدفاعات الشخصية، وهكذا فإن أنماط الاندفاعية، والانسحاب، وغيرها من أساليب الشخصية تصد القلق، هذه الخصائص الشاملة يخبرها المريض بطريقة تتناغم مع الأنا، وأسباب الصعوبات والمشكلات التي تطرح على الآخرين، الذين يجب التعامل معهم أو إقصاؤهم كوسيلة لحل المشكلات، ويمكن تحديد التشخيص المميز لدى شخص لديه صفة تجنب القلق وأسلوب شخصية جامد نسبياً يدرك مصدر هذه الصعوبات والتشخيص هو أحد احتمالات عدم وجود ذهان في تكوين الانطباع التشخيصي العريض الأول.

من ناحية أخرى لدى مرضى العصاب فإن القلق والصراع يمكن احتواءهما بصورة غير كاملة، وتنتج الأعراض والقلق والشعور بعدم الراحة والتي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بهم، هذه الأعراض يتم الشعور بها على أنها غريبة عن الأنا، والمريض العصابي عادة يعتبر نفسه مبتلياً بمشكلات داخلية، ودور القلق محوري في وظيفة العصاب، وهكذا فإن مظهر القلق المرتبط بأعراض اغتراب الأنا والإحساس بالصراع الشخصي يشير إلى تشخيص عصابي، هذا الانطباع التشخيصي يمكن حينذاك استخدامه كمساعد تنظيمي في بناء التقرير.

وهكذا فإن طريقة كشف المريض عن القلق في أثناء المقابلة الإكلينيكية له مضامين تشخيصية مهمة، هذه الخصائص لقلق المريض يمكن الإشارة إليها في التقرير باعتبارها جزءًا من تمييز تشخيصي عريض جاري تكوينه في المقابلة الإكلينيكية.

وثمة عنصر آخر جدير بالدراسة عند تحليل الوجدان يتعلق بقدرة المريض على التعبير، بطريقة واضحة، والانفعالات المحددة نحو الآخرين، هذه القدرة هي مؤشر إيجابي للعلاقات الشخصية الارتباطية، وعندما لا يكون المريض على ثقة من استجاباته الانفعالية للآخرين، أو يحتاج لتقليصها، إذاً قد ندرس هذا النوع من السلوك لكونه إشارة إلى الثنائية الوجدانية.

الثنائية الوجدانية
Ambivalence

تشير الثنائية الوجدانية إلى تردد الشخص، والخوف من التوجيه، والخلط مع سياق الشك الأعرض، والحاجة الشديدة للتوازن على المستوى العملي والمباشر، فإن التردد يشير إلى عجز الشخص عن الاختيار من بين بدائل، والخوف من التوجه هو صورة من صور الثنائية الوجدانية بقدر ما تعكس تجنب الشخص للتعبير عن أفضلية واضحة، مما يؤكد على صعوبة أداء الالتزامات من أي نوع، علاوة على أن الثنائية الوجدانية تعكس مشكلات توكيد الذات وتقديرها وكثيراً ما ترتبط بمشكلات الاعتمادية والشخص المصاب بثنائية وجدانية شديدة يحتاج للاعتماد على الآخرين لاتخاذ القرار والحصول على التوجيه، ويمكن ملاحظة العديد من مظاهر مشكلات الثنائية الوجدانية عند تقويم لمحتوى استجابات المريض في المقابلة، وأسلوب التردد يمكن ملاحظته أيضاً في طبيعة استجابات المريض لأسئلة الأخصائي النفسي.

والشعور بالاختلاط في سياق الشك في الذات يحدث لأن المريض يشعر بأنه محمي بدرجة كبيرة بواسطة من يحيطون به ويشعر بالاضطراب الشديد لاحتمال حدوث تغيير، لذا يحدث الشعور بالاختلاط بشأن كل ظروف التعبير ويتضخم عند توقع أن يعمل الشخص بطريقة مستقلة، هذا يمكن أن يعكس عملية ذهانية، نتيجة لذلك فإن هذا الشكل من الثنائية الوجدانية يجب أن يقوم في علاقته بخصائص التوحد، والوجدان، والاضطرابات في العملية الارتباطية والمستوى الأعمق من المرض يمكن تمييزه في نوع آخر من الثنائية الوجدانية الاختلاط عند وجود فقد للوضوح بين ما ينبثق من الداخل وما ينتمي بطريقة مناسبة للواقع الخارجي، في هذه الحالة فإن استخدام الإسقاط الذهاني والأفكار المرجعية يمكن تمييزها إذا وجدت أعراض توحدية، فإن الاعتماد الزائد للمريض على العمليات الداخلية يمكن أن تؤدي إلى الخلط بين الحالات الداخلية وتلك الخارجية لأن المحددات الداخلية هي بديل للواقع الخارجي، هذا النوع من الثنائية الوجدانية هي خاصية مميزة للعمليات الأولية المتزايدة وتظهر في تطور مشكلات الذهان.

والثنائية الوجدانية يمكن أن يعبر عنها المريض أيضاً فيما يتعلق بالمشاعر والمشكلات الجنسية، إذا نوقشت هذه المشكلات في المقابلة الشخصية، فإن طبيعة الثنائية الوجدانية للمريض بشأن عوامل الهوية الجنسية والشخصية يمكن تقييمها. عموماً فإن الثنائية الوجدانية في هوية الشخص تُرى على امتداد التركيز على

سيمترية والتوازن في الإجابات على الاختبار، واهتمام المريض الزائد بـالتوازن، والسيمترية أو النظام قد يعكس مستويات متباينة للمرض من الذهان إلى المشكلات العصابية التي فيها اختلاط الهوية قد تلعب دوراً مركزياً عندما يعبر المريض عن نماذج استجابات واضحة للثنائية الوجدانية، يصبح ذلك ذي أهمية لاعتبارات التشخيص والخلط في الثنائية الوجدانية من جانب المريض قد يشير أيضاً إلى اضطراب تفككي.

الارتباط Association

المبدأ الرابع وهو الارتباط، يشير بالفعل إلى محاولة للتأكد عما إذا كان سيحدث أي تفكك، وسلامة هذا البُعد الحيوي ترتبط بقدرات المريض على أن يكون مقنعاً، ومنطقياً، وواضحاً، وحاسماً وهي الصفات التي يقيمها الأخصائي النفسي في المقابلة.

ولعل الارتباط هو أهم المبادئ التنظيمية الأربعة والسلامة النسبية للوظيفة الارتباطية هي العلامة المرئية للسلامة أو الاضطراب، هذه الوظيفة تؤثر على القدرة على البناء المنطقي وتقدير الواقع ولربطه بصورة توافقية.

وأثناء المقابلة الإكلينيكية فإن الأخصائي النفسي عليه ملاحظة وتقويم علامات الاضطراب في البناء اللغوي للمريض وترابطه، وتتدعم سلامة الترابط عن طريق الإنتاجات اللفظة للمريض واستعماله للغة حيث يكتشف أي اجترار نفسي بسهولة، وعندما يستجيب المريض للأخصائي النفسي ويتفاعل أثناء المقابلة، من الممكن تحديد ما إذا كانت الارتباطات الناتجة والتي تتبع بعضها بعضاً ملموسة أو غير منطقية لأي درجة، هذه العينات من السلوك يمكن أن تشكل أساساً للتعرف على اضطراب التفكير وإنتاج المريض لتداعيات غريبة أو رتيبة أو لغة جديدة بالمثل هي علامات لعملية ذهانية في وظيفة المريض.

والأشخاص ذو الاضطرابات الخفيفة، رغم أنهم يشعرون بـالاختلاط والقلق وعدم الراحة عند مناقشة مشكلاتهم فإنهم لا يزالون يعبرون عن أنفسهم بطريقة معقولة إلى حد كبير ومنظمة. على النقيض فإن الذين لديهم عملية ذهانية (تنعكس مثلاً في اضطراب التفكير)، يعبرون عن أفكارهم بطريقة منحرفة وأن جوهر اضطراب التفكير هو أن هذه الأفكار ترتبط ببعضها البعض بطريقة ملتوية وليس في تسلسل منطقي طبيعي، وهذا يختلف تماماً عن المريض الذي يؤثر قلقه، مثلاً

على توضيح كلامه والذي لا يستطيع وصف الطبيعة الدقيقة لما يخافه، لكنه رغم ذلك يتواصل على مستوى فائق من الترابط.

وعند وجود عناصر ذاتوية فضلاً عن الاضطراب في التداعيات، فإن المادة الانفعالية قد تختلط بالعملية الارتباطية وينتج عنها توتر في الوظيفة المعرفية لدرجة استحالة وجود تفكير منطقي متسق تماماً. واضطراب التداعيات يمكن أن يبدو أيضاً كخلط بين السبب والنتيجة، والذي يعرف لتفكير ارتباطي، شبه منطقي، ويعني أن الشخص يعزو السبب والنتيجة إلى أي حدثين حدثا معاً. وبدلاً من فهم أن هذه الأحداث قد تكون مرتبطة داخلياً. لذا فإن تفكير الشخص يكون له صفة غير منطقية وغير واقعية.

وثمة اضطراب ارتباطي آخر يمكن أن يكتشفه الأخصائي النفسي وهو التفكير المبني على الظروف، أو العجز عن الحفاظ على موضوع أساسي، يرتبط بحدث أو مشكلة ويدخل المريض استطرادات مطولة غير ضرورية، وديباجات أو مقدمات، وموضوعات فرعية بحيث يعجز عن إكمال ما شرع في نقله، هذا العرض التفككي علامة مميزة Pathognomonic للذهان، والتفكير المبني على الظروف يمكن ملاحظته مباشرة لأنه أثره الخالص هو سرد غير ذي صلة في معظمه.

وبالتالي فإن الأركان الأربعة الوجدان، والثنائية الوجدانية، والارتباط والذاتوية (مع القلق) يشكل بناءً أساسياً فيه كل المادة الملحوظة والمجمعة في المقابلة الإكلينيكية يمكن فهمها، ويمكن دراسة السؤال العريض للذهان مقابل عدم وجود الذهان.

ومع العناصر الأساسية الأربعة السابقة التي تبدأ بحرف (A) نجد أعراض مهمة تشخيصياً، إشارة المريض أو إعادة سرده لأي خبرات غريبة أو غير عادية لافتة تؤثر على احتمال وجود ذهان، ويمكن إدراجها في جزء المقابلة الشخصية من التقرير، والنماذج الإضافية من السلوك الكاشفة للضلالات، والهلاوس وعدم التوجه بشأن الزمن، والمكان، أو الشخص يجب أن تدرس أيضاً.

التوجه نحو الزمن، والمكان والشخص

Orientation to Time, Place & Pearson

أثناء المقابلة الشخصية، فإن مدى ملاءمة التوجه نحو الواقع يمكن ملاحظته من استجابات المريض، وأسئلته، وطريقة تصرفه، وإجاباته على الأسئلة للمبحث التجريبي، في المقابلة الطب نفسية التقليدية، تحلل هذه البيانات في ضوء علاقة

المريض بالواقع المهم والعوامل المعرفية و(١) الزمن، (٢) المكان، والشخص، والتي يفترض أنها تزود تقديرات عن حالة الشعور، والاستقرار، واختبار المريض للواقع حالياً.

وحالة الوعي الشاملة للمريض يمكن أن تكون واضحة، أو ضبابية، أو مختلطة، أو حتى ذاهلة والضبابية في الوعي مثلاً تحدث في إدمان الكحول وتسمم العقاقير المخدرة، والهذيان، وصدمة الرأس، وسائر المشكلات العضوية، والسلوك المتسم بالذهول قد يشاهد في صور الفصام مثل الفصام التخشبي، أو الاكتئاب، أو حتى الهستيريا، واكتشاف وتقويم حالة الوعي لدى المريض أثناء المقابلة الشخصية تمكن الأخصائي النفسي من التمييز بين الذهان وغير الذهان في هذا الجزء من التقرير، كذلك فإن النتائج المتعلقة بحالة وعي المريض قد تشير إلى فرض تشخيصي مبدئي لوجود أعراض عضوية بالمخ.

التوجه نحو الزمن:

من الأضرار المحتملة التي تصيب المريض هو الإحساس المشوه بالزمن ويحدث ذلك بوجه خاص في اضطرابات المزاج، في الاكتئاب مثلاً يبدو إحساس المريض بالزمن قاصراً، لكن في حالات الهوس يبدو أنه يسرع إلى حد مرور الزمن لا يدرك شعورياً، ويستطيع الأخصائي النفسي تقويم وعي المريض بالزمن بواسطة الاستفسار حول معرفته بتواريخ محددة، أو سنوات، أو الزمن والوقت الحالي.

ويجب على الأخصائي النفسي تحديدً تقييم وعي المريض بالتاريخ الحالي والسنة، أما خلال السؤال أو بأن يطلب من المريض كتابة تاريخ أي رسومات إسقاطية أو غيرها من المواد الجرافيكية الأخرى المطلوبة في بطارية الاختبار.

التوجه نحو المكان:

في التوجه نحو المكان يتوفر الواقع في شكل مطالب تكيفية تفسد معرفة المريض أين هو، من المهم في المقابلة الإكلينيكية أن يتاح للمريض التعبير عن فهم أين هو والغرض من المقابلة حتى يمكن تقييم وقياس الاتصال بالواقع.

التوجه نحو الشخص:

يتركز التوجه نحو الشخص على تعرف المريض على نفسه، هذا الوعي المعرفي بالغ الأهمية يفيد فقط في اضطرابات الذهان الشديدة، التي فيها تضر الإسقاطات والهلاوس بهوية الفرد الذاتية الأساسية.

هذه التوجهات الأساسية هي نقاط مرجعية معرفية مهمة، وتؤثر مباشرة على تقدير اختبار المريض للواقع، عندما يحدث إزعاج لهذه النقــاط المرجعيــة، فــي الاضطرابات الأخطر، مثل الأضرار العضوية والذهان الــصريح، تكــون هنــاك إمكانية مباشرة التشخيص، في الفصلين التاليين يعرض تحليل لطرق تقييم اختبــار الواقع وعرض التنظيم المعرفي المقابل.

ملخص Summary :

تناول هذا الفصل المقابلة الشخصية الإكلينيكية التي تتم أثناء اختبار مــريض ما، والبناء الموجز للمبادئ المنطقية والتنظيمية الطب نفسية عرضت كدليل لتكوين الانطباعات والملاحظات، والاستنتاجات التي يكونهــا الأخــصائي النفــسي كــان هدف ذلك هو صياغة مرض تشخيصي مبدئي عريض بشأن تمييز الحالة الذهانيــة عن غيرها.

٤

الفصل الرابع
اختبار الواقع والوظيفة المعرفية: (الذهان)

الفصل الرابع

اختبار الواقع والوظيفة المعرفية

الذهان

في الفصل السابق نوقشت قضايا التشخيص بـــشأن التـــصورات العريـــضة للذهان، والأضرار العضوية، واضطراب الشخصية، والعصاب عند هذه النقطة من المهم دراسة موضوع محوري متأصل في صياغة هذه التشخيصات، أي اختبـــار الواقع، وطبيعة صفات الوظيفية المعرفية.

في هذا الفصل والفصل الذي يليه ناقشنا اختبار الواقع في علاقتـــه بـــالتنظيم المعرفي، مع التركيز على الأضرار التي تؤثر على الوظائف المعرفيـــة العديـــدة، بلغة التشخيص النفسي فإن تنظيم المعرفة هو طريقة فيها يـــستطيع الفـــرد دمـــج المطالب المعقدة المنبثقة من البيئة بما فيها القوى الداخلية والخارجية.

وحالة التنظيم المعرفي للشخص قد تتأثر بمحاولات الشخص لتوحيد إدراكاتـــه مع أفكاره ومشاعره، علاوة على أهمية تقييم أداء الفرد لمهامه وتحقيـــق أهدافـــه وأسلوبه في أداء ذلك، وحيث يكون الأخصائي النفسي معنياً أساساً بقيـــاس كيفيـــة تلبية المطالب الخارجية بشأن الموارد الداخلية للشخص.

تقييم اختبار الواقع

Assessing Reality Testing

عند تقييم اختبار الواقع، من الممكن تصور حدوث خطوات ثلاثـــة. الأولـــى: هي الانطباع الشامل، وهي يشار إليها على أنه تقدير للتنظيم المعرفـــي الـــشامل، والخطوة الثانية: تشمل فهم العناصر المكونة للتنظيم المعرفي وطريقـــة توحيـــدها، يشمل ذلك دراسة عناصر الإدراك الأساسية، والتفكير، والمشاعر، أمـــا الخطـــوة الثالثة: لكي تفحص هذه العناصر وتكاملها تفصيلياً، من الـــضروري فهـــم حالـــة وظائف الأنا في الشخصية، وتحليل وظائف الأنا يوضح كيف توصل الشخص إلى أن يوازي بين إدراكه وتفكيره، ومشاعره لتطوير طريقة معرفية خاصـــة تـــصبح ملحوظة في السلوك، وتعكس مباشرة التنظيم المعرفي للشخص.

وبالتالي فإن تنظيم المعرفة بوصفه انعكاساً لاختبار الواقع يحلل عن طريق تقويم كل نتائج الاختبار التي تؤثر على وظائف الأنا، والبيانات المستمدة من المادة الإسقاطية واختبار الذكاء تحلل لصياغة مستوى ونوع وظيفة الأنا لدى المريض.

وكما كانت أبعاد "بلويلر" Bleuhler الأربعة مفيدة في تنظيم انطباعات المختبر الإكلينيكية، فإن عناصر وظيفة الأنا الخمسة لدى "هارتمان" H. Hartman بالمثل مفيدة في توكيد قوة ومرونة أنا المريض، وهي: (١) وظيفة الأنا المستقلة الأساسية، (٢) وظيفة الأنا المستقلة الثانوية، (٣) وظيفة الأنا المتكاملة، (٤) وظيفة الأنا التركيبية، (٥) وظيفة الأنا التكيفية.

وظيفة الأنا المستقلة الأولية

Primary Autonomous Ego Function

وظيفة الأنا هي المستوى الذي عندما تظهر تشوهات الإدراك الضخمة عن مادة الاختبار النفسي فإن جماع هذه الخواص مثل مستوى الشكل الضعيف عن الرورشاخ، ونقص القصص المترابطة في اختبار التات T.A.T والإجابات الغريبة على الرسوم الإسقاطية، وغيرها من تشوهات الواقع المشابهة تنعكس في إجابات الاختبار، هذه الوظيفة هي أساس كل وظائف الأنا، وإذا تضررت يشار بذلك إلى وجودها.

والأخصائي النفسي يمكن أن يضع تقرير عن المعلومات المتعلقة بتضرر وظيفة الأنا بواسطة ذكر النتائج التي تشير إلى انقسام الإدراك، والتفكير والمشاعر، تنقل هذه المشاعر كون أن الشخص لا يقدر ما يوجد بطريقة متكاملة مترابطة، بدلاً من ذلك يعمل المريض من منظور منفصل مشوه بدرجة كبيرة، بالتالي فإن كلا من إدراكاته وتفكيره تنفصل عن بعضها البعض، وكذلك عن نواحي القوى الأخرى لدى الأنا، وبدلاً من الوحدة والتكامل بين الإدراك، والتفكير والمشاعر، يكون هناك ثغرات وانعزالات.

هذا هو تحديداً المقصود بالانهيار الذهاني أو اضطراب التفكير عند حدوثه، فإن مورد الأنا هذا، أي الوظيفة المستقلة الأولية، تعكس تفكك التنظيم المعرفي.

بالمثل، فإن المشاعر التي قد ترتبط بطريقة ملائمة بإدراكات الفرد وأفكاره تنفصل، يعكس هذا الاضطراب تضرر المزاج من جوانب الذهان وقد يكون أقل بروزاً من مكون اضطراب الفكر، وهذا التمييز للتفكير والمزاج يؤدي إلى التمييز التشخيصي بين أنواع الذهانات، مثلاً، في الذهانات مثل الهوس، الاكتئاب،

واضطراب المزاج، ينعكس جانب الصعوبة السائد في الفصام، فإن اضطراب التفكير هو المكون الذي يكون أكثر اضطراباً.

توصيل النتائج

Communicating Findings

إن تقرير التشخيص النفسي لا يجب أن يحتوي على العبارة الفنية "وظيفة الأنا المستقلة الأولية"، والوضوح والاتصال يعملان أفضل بواسطة التركيز على المصطلحات المرتبطة بالقدرة على الحكم، والإدراك والتفكير والمشاعر، وما يجب تفصيله هو مدى تضرر وظائف الأنا هذه وتشوهها، بهذه الطريقة فإن خصائص العملية الذهانية توصل بطريقة بسيطة وواضحة وترتبط تحديداً بالفرد محل التقييم.

والمناقشة في التقرير لتضرر وظيفة الأنا المستقلة الأولية تعني بالضرورة أن يلتزم الأخصائي النفسي بتشخيص الذهان، لذلك فإن بقية التقرير وكذلك المادة التي نوقشت في جزء المقابلة السابق لابد أن يتفق مع تحديد تشخيص ذهاني، إذا لوحظت أي نتائج غير مترابطة يجب مناقشتها وتفسيرها، مثلاً البيانات المرتبطة بجوانب القوة المترسبة التي تكون موجود بالكاد، والسلوك الملاحظ للمريض في المقابلة الإكلينيكية وكذلك نتائج بيانات الاختبار قد تؤكد تشخيص الأضرار الذهانية.

عند تضرر وظيفة الأنا المستقلة الأولية، يكون المريض خارج الاتصال عن الواقع، نتيجة لذلك فإن السلوك الذهاني الصريح يمكن التعرف عليه بسهولة بواسطة وجود هلاوس وضلالات، هذا السلوك لا يكون دقيقاً وملحوظاً بوضوح أثناء المقابلة التشخيصية والمريض المصاب بهذا التضرر يمكن وصفه في التقرير في ضوء تضرر الحكم الشديد.

وتشوهات الإدراك، والهلاوس، والضلالات، والتفكير اللامنطقي والمريض من هذا الصنف في كل الأحوال سيكون في حاجة لدخول المستشفى بسبب مدى عدم التنظيم ويتم إجراء الاختبار عادة لتأكيد وجود الذهان أو اكتشاف ما إذا كانت هناك مضاعفات إضافية، مثل المشكلات العضوية.

والذهانات الناتجة عن العقار تشمل أيضاً تضرر وظيفة الأنا المستقلة الأولية، في حالة مريض الذهان، قد يجري الاختبار في بيئة مستشفى للمساعدة في التمييز بين الهوس، والفصام، والاكتئاب، والاختبار قد يساعد أيضاً في إصدار قرارات حول علاج المريض واختيار العلاج الكيميائي.

والوظيفة العقلية ستفشل في التسجيل لإمكانيات المريض، حتى لو كانت نسبة الذكاء قبل المرض في الحدود المتوسطة أو أعلى، ومعظم الاختبارات الفرعية لمقياس الذكاء مع هؤلاء الأفراد ستعكس أضرار شديدة بسبب عدم تنظيم المريض، وتسجل بعض هذه الأضرار في البيانات الإسقاطية، فإن مستوى الشكل والمحتوى سيتشوه بشدة، وكل هذه البيانات ستعكس التفكك الكبير في موارد الأنا الأساسية لوظيفة الأنا. وبالتالي عند تضرر هذه الوظيفة، يحدث انقسام شديد من الإدراك والتفكير، والمشاعر وعدم التنظيم المعرفي الشامل ينعكس، وفيه كل أنواع السلوك تتحدد بواسطة حاجات المريض الداخلية وليس عوامل الواقع.

وظيفة الأنا المستقلة الثانوية

ترتبط هذه الوظيفة تحديداً بالقدرة على توجيه السلوك، وعند تقويم وظيفة الأنا هذه، يكون القائم بالاختبار مهتماً بتحديد ما إذا كانت هناك أي معوقات تؤثر على توجيه السلوك، ونتيجة وجود تفكير موجه، حتى المتضرر، تميز الوظيفة المستقلة الثانوية عن الوظيفة الأولية، والمريض الذي يظهر عمليات تعويض أو فقدان الشعور بالشخصية، أو الفصاميين، وذوي الاضطراب البيني أو الحدي، والذين في أزمة شديدة، أو المرضى في مرحلة ما قبل الذهان من المتوقع أن يظهروا أضراراً لوظيفة الأنا هذه.

والقضية الأساسية للأخصائي النفسي أن يقوم بتقويم المقصود بالانهيار الذهاني أو اضطراب التفكير عند حدوث هذا الانهيار أو الاضطراب، فإن مورد الأنا –الوظيفة المستقلة الأولية– تعكس تفكك التنظيم المعرفي.

بالمثل، فإن المشاعر التي سترتبط بطريقة ملائمة مع إدراكات الفرد وأفكاره تنفصل، يعكس هذا الاضطراب تضرر المزاج كأحد جوانب الذهان، وقد يكون بشكل أو آخر بارزًا أقل من اضطراب التفكير هذا التمييز بين التفكير والمزاج يؤدي إلى فوارق تشخيصية بين أنواع الذهانات، مثلاً في ذهانات مثل الهوس/ الاكتئاب، والاكتئاب فإن اضطراب المزاج يعكس الجانب السائد للصعوبة في اضطراب الفصام، يكون اضطراب التفكير هو المكون الأكثر اضطراباً.

وعملية التفكير الأولية تبدو في التفكير الموجه بطريقة قوية، وقد عرضت الحالية التالية كمثال لتأثير الضرر على هذا المستوى:

أخصائي في علم الأمراض شعر أنه مجبر على زيارة مشرحة المستشفى

أكثر مما تقتضيه حاجاته الوظيفية. وبدأ في التفكير أنه قد يقوم بالتشريح أو فعل شيء آخر للجثث، شيء اعتقد أنه غير مناسب مع ذلك فإن الدافع لعمل شيء أحياناً سيطر عليه.

هذه الصورة القلمية Vignette الإكلينيكية مهمة لأنها توضح سؤالاً حيوياً يمكن أن يطرحه الأخصائي النفسي بشأن قياس حالة وظيفة الأنا هذه: إلى أي حد تسيطر دفعات المريض عليه؟ في هذه الحالة فإن دوافع العملية الأولية كانت بوضوح قد بدأت في اقتحام الشعور وأصبحت خارج السيطرة على نحو متزايد، يعني ذلك عدم القدرة على السيطرة على هذه الدفعات مباشرة، وهناك تضرر في وظيفة الأنا المستقلة الثانوية، فيها يعاق التفكير الموجه. نتيجة لذلك فإن اضطراب التفكير هو احتمالية تشخيصية أولية.

وتوجد سمة أخرى شيقة لهذه الحالة وهو أن أخصائي علم الأمراض بالمستشفى لم يعاني من التوتر أو يعبر عن القلق حول مظهر معين لدفعاته رغم اعتقاده أنها كانت غير ملائمة.

هنا مرة ثانية نؤكد أن الوحدة بين الإدراك، والتفكير والشعور انقطعت وعكست تنظيم معرفي يتميز بميل متزايد للتعبير عن الدوافع، وهكذا فإن المنهج المعرفي للرجل أصبح موجهاً نحو حالات خارجية موجهة نحو الفعل.

إن مسألة القلق مقابل الميل للفعل تشير إلى جانب آخر لوظيفة الأنا المستقلة الثانوية، بشأن ما إذا كانت خبرة القلق تنتاب الشخص حول السلوك والأفعال، وعندما يصبح الضرر في هذه الوظيفة واضحاً، فإن المريض بصفة عامة لا يعاني القلق بشأن الجوانب الجديدة المصاحبة للسلوك الصريح، وهذا فإن هذا السلوك هو استجابة صوتية للأنا ويكشف بوضوح ما سبب خطورة تضرر هذه الوظيفة للأنا، وعندما تقتحم العملية الأولية التفكير الموجه، قد يسفر ذلك عن نتائج بدون قلق بصدد الميول السلوكية الجديدة نحو التعبير عن الدفعات.

وفضلاً عن مادة عناصر العملية الأولية التي تقتحم الشعور والنقص النسبي للقلق الذي يرتبط بوضوح بها، فإن التضرر على هذا المستوى يكشف عن منهج معرفي يتميز بأسلوب تخيلي بدرجة عالية، وحين أصبح المريض تسيطر عليه دفعاته، قد يظهر قلقاً متزايداً متخيلاً بالإفراط في الحديث، والإفراط في التفكير والاجترار.

التطبيق التشخيصي
Diagnostic Application

كيف يظهر الضرر في الوظيفة المستقلة الثانوية للأنا لدى المريض الذي يحضر للاختبار؟

في مثال أخصائي الأمراض بالمستشفى، فإن انشغاله المتنامي بعمل شيء في الجثث بالمشرحة عكس اختراق متزايد لدفعات لا يمكن السيطرة عليها والتي ربما كانت عملية تفكك لوظيفة الأنا المستقلة الثانوية، وعندما تنهار وظيفة الأنا هذه أكثر، فإن المزيد من الأفكار والسلوك الذهاني تصبح واضحة، مؤكدة الانطباع التشخيص الفصام المبتدي على أساس نتائج اختبار المريض قبل حدوث الانهيار الكامل.

وانهيار المريض تميز ليس بالتعبير عن السلوك الذي تسيطر عليه الدفعات، لكن بتنظيم معرفي متخيل بدرجة عالية، وتطور هذا التنظيم صمم للحد من الضغوط التي كانت في تراكم للتعبير عن نفسها والفكرة المتأصلة التي مؤداها أنه قد يفعل شيئاً بالجثث.

في المادة الإسقاطية والاختبار للذكاء في هذه الحالة قد يحصل الأخصائي النفسي على عينات من بيانات الاختبار تعكس توجه الدفعات غير العادية مع طريقة التنظيم المتخيلة لدى المريض كما تنعكس في هذا السلوك، بمعنى التوازن الانقسامي للأفكار مع الإدراكات والمشاعر، وكلها تكشف عن تغلغل دفعات العملية الأولية.

وتضرر الأنا المستقلة الثانوية قد يكون واضحاً أيضاً في الشخصية البينية أو الحدية Borderline، هنا فإن اقتحام دفعات العملية الأولية يظهر في شكل موضوعات وخبرة إدراكات تعكس الغضب والدفعات العدوانية. هذا الضرب من نمط الاستجابة يعكس ضغط على موارد أنا المريض وركالة أو ضعف الضوابط المعرفية.

وبالتالي عند تضرر وظائف الأنا المستقلة الثانوية فإن التنظيم المعرفي للمريض يظهر اضطرابات في وحدة الإدراك، والتفكير والمشاعر نتيجة لذلك فإن مسألة اختبار الواقع الجيد مقابل الواقع الضعيف مهمة جداً وجديرة بالمناقشة، ومع هذا الضرر فإن اختبار الواقع يكون بالفعل أقل توتراً ومقابل تضرر وظيفة الأنا المستقلة الأولية، نجد تنظيم متسم بالهلاوس والضلالات المنتشرة والذي لا يميز عادة التنظيم المعرفي الموجود.

وكانت التقرير التشخيصي النفسي يجب عليه أن يشير إلى العبارة الفنية "وظيفة الأنا المستقلة الثانوية" والتقرير عن تضرر هذه الوظيفة للأنا يلزم الأخصائي النفسي بمناقشة التأثير على التفكير الموجه، ومظهر اختراق عملية التفكير الأولية، والنقص النسبي للقلق حول طبيعة هذه الدفعات، يكشف هذا التضرر عن منهج معرفي متخيل بدرجة عالية في الأسلوب ولا يحكمه دائماً عوامل الواقع، وهكذا فإن تضرر وظيفة الأنا هذه أيضاً يلزم الأخصائي النفسي بإجراء تشخيص يعكس عملية التدهور في الحالات التي فيها يشاهد غضب شديد، يمكن التشخيص بالحالة البينية Borderline.

والمرضى ذو المشكلات العضوية قد يظهرون أيضاً تضرراً لوظائف الأنا المستقلة الثانوية بفضل نوبات الدفعات الدورية واضطرابات الشخصية والعصابات غير متضمنة هنا، وبالتالي لا يجب الإشارة إليها عند وصف الاضطرابات المبنية على تضرر وظيفة الأنا هذه، وهذه وظيفة الأنا المستقلة الثانوية مصمم للحراسة ضد اختراق دفعات عملية أولية مرضية واضطرابات العصاب واضطرابات الشخصية قد تشمل مظهر من السلوك العدواني، والأضرار المتخيل أو مظاهر محدودة للقلق، لكن السلوك العدواني أو ما يعاد له من أنواع سلوك أخرى لن يشمل مظهر مادة عملية أولية بدائية.

والتحدي أمام الأخصائي النفسي عند كتابة تقرير عن هذه الظواهر هو أن يكون قادراً على نقل الفكرة الأساسية أو المادة المريضة من النوع الخطير والبدائي بدأت في الظهور ومحور العلاج هو التعرف على الطبيعة سريعة التغير لعملية مستمرة، لأن هذه العملية تعني بصفة عامة أن هناك تدهور أكثر محتمل، ورغم أن السلامة المعرفية قد لا تزال واضحة لدى هؤلاء المرضى، فما إن يظهر الضرر على وظيفة الأنا المستقلة الثانوية، فإن ترابط الهياكل المعرفية للإدراك، والتفكير، والمشاعر يكون قد حالة ضعف بالتأكيد. وهكذا فإن من المهم تقييم مدى سرعة تفكك الوظائف المعرفية، وما إذا كانت ستستقر أو تستمر في التدهور.

ويجب أن ندرك أن المرضى الذي يظهرون تضرراً هم في كثير من الأحوال الذين يبدأ سلوكهم في أن يسبب الحيرة للأسرة، والأصدقاء، والمدرسين وكذلك مصادر الإحالة مثل أطباء النفسي والعاملين في الوكالة الاجتماعية، هؤلاء المرضى سيتصرفون أحياناً بطريقة سوية ويشتركون في تفاعلات اجتماعية معقولة، لكن في أحيان أخرى قد يظهرون سلوكاً غريباً وغامضاً، وبالتالي يكون هناك عدم اتساق بين الترابط والخلل الذي يسبب الخلط لمن يعملون مع المرضى.

ولأن مصدر الإحالة قد يصيبه الحيرة بواسطة عدم اتساق سلوك المريض، فإن الأخصائي النفسي قد يعين في تفسير التناقض الظاهري لسلوك المريض بواسطة عرض تحليل للطبيعة الدقيقة للمشكلة، هذا التحليل يتخذ شكل يناسب السلوك الجديد الشاذ في سياق ضعف أو انهيار لوظائف معينة للأنا، ومن المعين للقارئ للتقرير التشخيصي النفسي أن يتعلم حول الأضرار المعرفية عن طريق المناقشة والتحليل الدقيق للعلاقة بين الإدراك، والتفكير والمشاعر. هذه المناقشة تؤدي وظيفة اتصالاتية مفيدة تتناقض مع مجرد الإشارة إلى أن "هناك انهيار لوظيفة الأنا المستقلة الثانوية" والتحليل الدقيق، ببساطة، مفيد، والاعتماد يكون على المصطلحات الفنية المكثفة.

والأخصائي النفسي سيكون هدفه توضيح طبيعة حكم المريض، وسيطرته، وإحساسه بالتفريق بين الخيال والواقع، في هذه الحالة فإن الأخصائي النفسي سيكون عليه أن يعلن رأيه أن المريض يكون أحياناً مضطرباً وأحياناً غير مضطرب، لكن عند قيامه بذلك فإن التنظيم المعرفي للمريض بشأن الترابط النسبي للإدراك، والتفكير والمشاعر يمكن توضيحه والاستنتاجات المستخلصة حول مدى ونوعية الانقسام سوف تؤثرمباشرة على تقويم اختبار الواقع، ومع استمرار الانقسام فإن الإدراك، والتفكير والمشاعر وكذلك علاقتها ببعضها البعض تميل إلى أن تصبح خاضعة بصورة متزايدة للدفعات. لهذا السبب فإن اختبار الواقع يتضرر إذا استمر الانقسام، ونظراً للطبيعة المضطربة لهذه العملية لدى المريض، من المهم تقييم ما إذا كان الانقسام مستمراً أو كان في حالة ثبات.

وأهمية تقييم ما إذا كان الانقسام تدريجي يتمثل في التشخيص الفارقي بين الفصام الابتدائي والفصام المتغير في الفصام الابتدائي يكون الانقسام تصاعدي، في تشخيص الفصام المتغير يكون الانقسام وعدم الاتساق في السلوك ذي طبيعة ثابتة نسبياً.

مشكلة القلق الخاصة

The Special Problem of Anxiety

عند وجود تضرر في الوظيفة المستقلة الثانوية، فإن التفكير الموجه يصبح مقتحماً بصورة متكررة بواسطة دفعات أولية كنتيجة لعملية الانقسام التي تتدخل في الإدراك، والتفكير، والمشاعر والدفعات المهمة تبدأ في السيطرة عل الأفكار بطريقة غير واقعية، مما يشكل توتراً على اختبار الواقع وإضافة سلوك خيالي

لطريقة المريض، والمريض قد يتحدث أو يفكر كثيراً وهذه الانشغالات الزائدة تعكس طبيعة الدفعات الموجودة.

ورغم أن المريض سيلاحظ هذه الدفعات المتزايدة فإنه لن يعاني القلق المتوقع في ضوء خطورة ما يحدث، وكما ذكرنا آنفاً، فإن التوتر المرتبط بهذه الدفعات يميل إلى أن يكون محدوداً أو لا يشعر به المريض، وعند ظهور القلق كما في حالة الفصام شبه العصابي، فإنه يحل محل الكفاءة، والقدرة، والقبول الاجتماعي، ومشاعر الدونية في المثال الإكلينيكي السابق، لأخصائي الأمراض بالمستشفى، فإن المريض يعاني بالقلق المرتبط بحقيقة أنه كان هناك تحولاً غير مألوف في نمط تفكيره واهتماماته. هذا القلق لم يرتبط بسلوك معين لديه المتعلق بالجثث أو النتائج التي تتلو ذلك إذا تصرف وعبر عن دفعاته الناشئة.

وهناك مثال آخر لإزاحة القلق لدى الأشخاص الذين يظهرون السلوك وتضرره كما في عينات الاختبار لوظيفة الأنا المستقلة الذاتية كما يتبدى في الحالة التالية لموسيقى مدرس في مدرسة ثانوية للأولاد.

هذا الموسيقي أصبح مشغولاً جداً باحتمال حدوث جنسية مثلية واستغرقته أفكار مطابقة، لم يكن إطلاقاً قلقاً حول الجنسية المثلية أو دفعاتها، أن توتره الوحيد بقلق في الحفاظ على أداء وظيفي مرضي، وهكذا حول قلقه بعيداً عن الدفعة الناشئة لمسائل الكفاية.

في الاختبارات الإسقاطية، فإن هذا النوع من تغلغل الدفعة أشير إليه بوضوح في إنتاجاته، لكن محتواه الموضوعي كان معنياً بالإتقان والإنجاز. نتيجة للانقسام المعرفي فإن جودة الشكل في المادة الإسقاطية كانت أقل من المتوسط، مما يعكس توتر في اختبار الواقع والأضرار المعرفية المطابقة شوهدت أيضاً في الاختبارات الفرعية لمعدل الذكاء .I.Q حيث تلوثت الاستجابات بواسطة التركيز على الحاجات، والتي عكست بوضوح الأضرار المستمرة لاختبار واقعه.

والتنظيم المعرفي المتكامل جيداً سابقاً لم يعد يخدمه بطريقة ملائمة في موقف الاختبار لمشكلة الانقسام.

هذا الرجل رغم أنه لم يكن قلقاً حول جنسيته المثلية، أظهر قلقاً شاملاً حول كل جوانب حياته الأخرى، وعمله وزواجه، وصداقاته وكذلك مستقبله، ظلت هذه الصورة الإكلينيكية ثابتة بعض الوقت بدون علامات تدهور أو انقسام آخر، والانطباع التشخيصي للفصام شبه العصابي كان مبنياً على قلقه.

هذه الحالة هي مثال للعلاقة بين تشخيص الفصام شبه العصابي وتضرر وظيفة الأنا المستقلة الثانوية، واختبار الواقع والتنظيم المعرفي في هذه الحالات يمكن أن يتوتر وإن لم يتدهور، ويوجد التفكير الموجه رغم التدخلات من وقت لآخر من دفعات العملية الأولية.

في الأجزاء السابقة فإن اختبار الواقع والوظيفة المعرفية من منظور حدود الأنا نوقشت وذكرت أمثلة منها انتهكت حدود الأنا حتى لا يظل اختبار الواقع نشطاً، كذلك فإن الدمج المعرفي للإدراك والتفكير، والمشاعر لا يزال كاملاً، وبالتالي فإن أي اضطراب في حدود الأنا أو سلامته تثير قضية تضرر وظائف الأنا المستقلة الثانوية، تناولت هذه المناقشة حتى الآن تفصيلياً كيف أن انتهاكات الحدود تظهر بشأن وظائف الأنا المستقلة الثانوية وآثارها بلغة التشخيص، والتي تتعلق بالذهان في معظم الحالات.

في الفصل التالي سنعرض تقويماً لوظائف الأنا الباقية وتتعلق المناقشة بتضرر لكل من وظيفة الأنا، وعلاقتها باختبار الواقع والتنظيم المعرفي والمضامين في ضوء تشخيصات اضطراب الشخصية والعصابات، والملخص النهائي يشمل اختبار الواقع والوظيفية المعرفية.

٥

الفصل الخامس
اختبار الواقع والوظيفة المعرفية:
(اضطرابات الشخصية والعصابات)

الفصل الخامس

اختبار الواقع والوظيفة المعرفية

Reality Testing & Cognitive Functioning

اضطرابات الشخصية والعصابات

Character Disorders Neuroses

عرضت المادة الإضافية المتعلقة بجزء التنظيم المعرفي والخاصة بتقرير التشخيص النفسي في هذا الفصل، ووظائف الأنا الموصوفة هنا تتعلق بتحليل التنظيم المعرفي الخاص بالصياغات التشخيصية لمشكلات الشخصية غير الذهانية والسواء.

الوظيفة المتكاملة للأنا

Integrative Function of The Ego

الوظيفة المتكاملة للأنا هي الحفاظ على سلامة الأنا والقدرة على الاتصال بالواقع وهي وظيفة لم تعد محل شك، في ضوء اختبار الواقع والتنظيم المعرفي، فإن افتراض عدم وجود ذهان يتم تحديده ويعتمد اختبار الواقع سليماً.

وعند دراسة وظيفة الأنا، من المهم تقويم تنظيم الدوافع الغريزية والمشاعر، وإدارة القلق، ومدى وجود تكيف مع المطالب الخارجية المدركة بطريقة واقعية، وتضرر الوظيفة التكاملية للأنا يعني أنه رغم أن الشخص سليم ومتصل بالواقع، ورغم ذلك فإنه يمكن أن يشوه ويتصرف بعدوانية ويصبح متقلب المزاج، يمكن أن تحدث هذه التشوهات على أساس سيطرة دفاعلية أقل ملاءمة على الدفعات والحاجات، وليس بسبب الدفعات البدائية الأولية المخترقة.

والمشكلات المتعلقة بتضرر الوظيفة التكاملية للأنا تحدث في اضطرابات الشخصية وأمراض العصاب، يشمل ذلك مشكلات القلق، والتشوهات التي تؤثر على العلاقات البناءة بين الأشخاص، وخفض كفاءة العمل لتحقيق الطموحات والأهداف، والشخص المصاب بتضرر وظيفة الأنا التكاملية يظهر القدرة والاهتمام وسلامة كافية للواقع، للتمكن من مواجهة كل هذه التحديات، إلا أن عيوب التنظيم المعرفي للإدراك، والتفكير والشعور تتدخل في التقدم نحو التمكن والإنجاز في هذه

المجالات، هذه العيوب في التنظيم المعرفي تحدث لأن الطاقة تنحرف بعيداً عن الأهداف الخارجية لخدمة تنظيم الدفعات الداخلية، والصراعات والقلق.

ومن أمثلة مشكلات الوظيفة التكاملية للأنا ما يمكن أن نشاهده في حالة الطالب الذكي الذي يرغب بشدة في التحصيل الدراسي والمهني لكن لا يستطيع ذلك دون إجبار، في هذه الحالة يكون هناك تضرر لتنظيم القدرة على معالجة القلق بطريقة بناءة بسبب الدوافع الغريزية، والصراعات الداخلية، والدوافع غير الكافية التي تستهلك طاقته، والمهام في العلاقات بين الشخصية المرتبطة بالاهتمامات الخارجية والأهداف تفوض للوظائف الثانوية، نتيجة لذلك عندما يجبر هذا الطالب للدراسة بجد بواسطة شخصيات السلطة يمكنه الاستفادة من الموارد الداخلية لأن القلق حول العمل أصبح الآن مسألة شخصية.

في هذا المثال يمكننا أن نرى أن دفعات الشخص عند تنظيم القلق والصراعات والدوافع الغريزية لا تفيد في تحقيق الاهتمامات طويلة الأجل ولا حتى الالتزامات قصيرة الأجل، والسمة المحورية للوظيفة التكاملية للأنا هي وظيفتها التنظيمية، أي طريقة تنظيم طاقات الفرد وجهوده، وهكذا في المثال السابق، يكشف الطالب عن وجود ضرر في وظيفة الأنا التكاملية التنظيمية.

في ضوء اختبار الواقع والوظيفة الواقعية، فإن الوظيفة التكاملية للأنا ترتبط بالمشاركات للاستراتيجيات المطلوبة لتحقيق الفاعلية والنجاح في مجالات الحياة المهمة، مثل العلاقات، والمدرسة، التطور المهني. وعند وجود اضطراب على هذا المستوى فإن الصراعات الشخصية من النوع العصابي تخفض نواحي القوة المعرفية اللازمة للأشياء، وأداء الوظيفة الموجهة نحو الهدف. كذلك فإن القلق يعانيه الشخص بطريقة غير منظمة حتى لا تتحول الطاقات والإرادة بواسطة الاتجاه المعرفي لضمان تحقيق إنجازات وتكيف مع مطالب الحياة اليومية، والقلق الداخلي، والكرب النفسي، والشعور بالذنب، والتوتر، وأعراضها والتي تحل محل التطبيق البناء والفعال لحل المشكلات بطريقة واقعية. ويجب أن ينتبه الأخصائي النفسي لصفات مرضية معينة ترتبط بتضرر الوظيفة المعرفية التنظيمية المتكاملة حتى يمكن نقلها بطريقة ملائمة في تقرير التشخيص النفسي.

توصيل النتائج
Communicating Findings

يستطيع الأخصائي النفسي أن ينقل طبيعة وآثار الأضرار في وظيفة الأنا

التكاملية بواسطة مناقشة الأهمية لقلق المريض الشخص ومادة الصراع الداخلي، هذا الصراع يقوض المشاركة الفعالة في تحقيق الأهداف الخارجية والواقعية، مثل هؤلاء المرضى يواجهون صعوبة كبيرة في التركيز بطريقة بناءة على المطالب الخاصة بالعلاقات الشخصية، والمطالب الخارجية وتلك الموجهة نحو إنجاز المهام، أو على الأنشطة الواقعية المطلوبة لتطوير علاقات شخصية مرضية. بدلاً من ذلك فإن أشكال القلق الشخصي، والانشغالات النرجسية والصراعات الداخلية التي لم تُحل فإنها ستحل محل العمل وتؤدي لاستنزاف طاقة كبيرة وتصرفها بعيداً عن مواجهة التحديات الخارجية والفرص، هذه الصراعات الداخلية قد تظهر على شكل انشغالات جنسية، واستمناء، وحاجات اعتمادية وأخيلة، هذه النتائج مناسبة للمناقشة في كتابة التقرير عن الأضرار المرتبطة بجانب الوظيفة المعرفية للمريض.

ويجب أن يكون واضحاً أن تضرر وظيفة الأنا لا يشمل تضرراً كبيراً أو أساسياً لقدرة المريض على اختبار الواقع، أو انقسام التنظيم المعرفي للمريض، بدلاً من ذلك فإن المطالب الإضافية تحمل على الميكانيزم التنظيمي التكاملي للأنا للحفاظ على الانشغالات الداخلية الشخصية الملحة، والأولويات وجعلها أقل محورية في الوظيفة الشاملة للفرد.

وعندما تكون الوظيفة التكاملية تحت ضغوط فإن قدرتها التنظيمية تتعلق بوضوح باستخدام مخزون الأنا الكامل من الضوابط، بما فيها الدفاعات والاجترارات، والأخيلة، نحو علاج القلق الشخصي. وبسبب التركيز على الداخل يكون هناك تدخل ملحوظ في إحراز النجاح في الفرص الذي تظهر في العالم الخارجي، ولأن هذا التضرر يتركز حول صعوبات الإنجاز، فإن من طرق توصل الأخصائي النفسي لأوجه النقص في نواحي القوة المعرفية هو التقرير بوجه خاص على النتائج المرتبطة بقضية قلة الإنجاز.

الجانب التنظيمي في علاقته بضعف التحصيل

The Regulatory Aspect in Relation to Underachievement

إن المكون التنظيمي لوظيفة الأنا التكاملية يؤثر على مشكلات ضعف التحصيل والإنجاز بسبب دوره في عجز المريض عن تحويل طاقاته من التركيز على الذات أو الاهتمامات الشخصية إلى التحديات والفرص الخارجية المرغوبة، وضعف الإنجاز يحدث جزئياً بسبب الدفاعات التي تتكيف تكيفاً ضعيفاً لعلاج

التواترات والصراعات، وهكذا فإن قدرة الشخص على تنفيذ النشاط الموجه نحو الهدف تتأثر تأثراً سلبياً. والنجاح سيعاق في عدة مجالات بما فيها التحصيل الدراسي، والتقدم المهني، وحتى العلاقات بين الأشخاص، ومن أمثلة الحالة الأخيرة الصعوبة التي تواجهها عند إنشاء علاقة صحيحة جوهرية، وحيث تصبح الاهتمامات الفردية متمركزة حول الذات لدرجة تقلل الالتزام نحو الآخرين.

فالاهتمامات الشخصية تستنفذ المزيد من الطاقة، وتظهر علاقة بين مستوى منخفض من الإنجاز وما يقابله من عدم كفاءة في الجهود المكرسة لتحقيق المطالب الخارجية، وكلما كانت قلة الإنجاز أكبر، كلما كان الشخص أكثر ابتكاراً (وإن كان بطريقة غير فعالة) في جهوده لتلبية الشروط العادية للواقع، تفسر هذه الظاهرة الخطط المستخدمة قبل الامتحانات، والجهود الإضافية المطلوبة لأداء المهام العادية، وسائر الأنشطة الروتينية غير الفعالة الموجودة عندما تضر وظيفة الأنا التنظيمية المعيبة بالنشاط الفعال نحو الإنجاز.

وتشير مادة الاختبار إلى مشكلات التنظيم لوظيفة الأنا التكاملية تشير إلى انشغالات ذاتوية وعدم نضج، وأخيلة تشبه ما لدى المراهقين، وتتميز الأخيلة بمشاعر العظمة، والسمات التعويضية ووجود منهج حدسي لحل المشكلات بدلاً من منهج يركز على المعلومات والتعلم، والأسلوب المعرفي غير المعلومات المبني على الحدث يتفق مع وجود انشغالات في الخيال لأن المهام يتم أداؤها أساساً عن طريق المشاعر والاهتمامات الشخصية، وهذا الأسلوب يؤدي إلى الإحساس بالتفاؤل الشامل مع استخدام منهج سحري لحل المشكلات يطبق كرد فعل للمطالب الخارجية، والتفاعل والأنشطة السحرية تحل محل النشاط العملي الذي يؤدي بطريقة مناسبة إلى تحقيق الأهداف.

والنتيجة النمطية هي وجود توقعات عالية مع إنجازات قليلة، أي تناقض ملحوظ بين الطموحات والإنجازات. وبناء على نتائج اختبار الذكاء، فإن تشتت الدرجات بين الاختبارات الفرعية يكشف عن قدرة جيدة التطوير لمهام الفهم التي تقابل القدرات الأضعف للمهام التي تتطلب المزيد من الوظيفية الموضوعة النشطة، تتضمن هذه النتائج غالباً وظيفية دفاعية تشمل اجترار وسواس، وكبت شديد، مع مضامين تشخيصية تشير إلى ميول هستيرية، أو نرجسية، أو وسواسية، والمادة الإسقاطية غالباً تشمل روايات فيها يظهر النجاح المتحقق بطريقة سحرية مع قلة التركيز على الجهود التفصيلية الواقعية، والاستجابات الإسقاطية قد تعكس أيضاً مستوى غير ناضج للنمو كما يشير إليه القدرة المحدودة للتأهيل وما يقابلها من

حاجة للعمل، والميول نحو الاعتمادية والحاجة للحب غالباً ما تظهر مع عدم النضج الذي يؤثر على طريقة الاستجابة، رغم أن اختبار الواقع سليم.

وعند كتابة التقرير عن عيوب الوظيفة التنظيمية التكاملية المعرفية كما تظهر في قلة تحصيل المريض، من المناسب الإشارة إلى أن تقديرات اختبارات الواقع والتنظيم المعرفي يعكس سلامة الوظيفة.

ويجب التأكيد على أنه في ضوء استخدام طاقة اختبار الواقع فإن استخدام الموارد يكون غير ناضج وغير ملائم، وبالتالي فإن وظيفة الأنا التكاملية تتطور تطوراً ضعيفاً في ضوء إتاحة استخدام الموارد نحو توجه الهدف الخارجي والإنجاز الواقعي.

بهذه الطريقة فإن قارئ التقرير يمكنه أن يفهم أساس ردود الفعل غير الملائمة وغير الناضجة في ارتباطها بأوجه القصور في الوظيفة التكاملية للأنا، هذا التمييز الأدق للقدرة السليمة لاختبار الواقع تفيد في تحقيق أكثر من غرض، وعند توصيل وصف واضح لطبيعة مشكلة المريض، لتمكن مصدر الإحالة من وضع خطة علاج أكثر إفادة للمريض، والتوصية بخطة علاج تشمل التعليم وبناء العلاقات هو مثال لذلك.

ترتبط الوظيفة التكاملية ارتباطاً وثيقاً بالوظيفة الرابعة للأنا، يطلق عليها الوظيفة التركيبية، هذه الوظيفة أعلى للأنا وتلعب دوراً مهماً في القدرة المعرفية واستخدام الواقع.

الوظيفة التركيبية للأنا

Synthetic Function of The Ego

في هذه الوظيفة فإن السلامة الأساسية للأنا لم تعد محل شك، في ضوء السلامة لاختبار الواقع، نتيجة لذلك فإن تحليل هذه الوظيفة للأنا لا تتعلق بتضرر الواقع، بل يكو التركيز على درجة غموض ظروف الواقع الممكن احتمالها وعلى طبيعة ضمان تحقيق الهدف، وتتركز وظيفة الأنا التركيبية على الطاقة المتوفرة للشخص للتعامل مع عدم الاتساق والغموض، وعدم التيقن من ظروف الواقع عند السعي النشط لتحقيق الهدف، ووظيفة الأنا التركيبية هي القدرة للفرد على استخدام الموارد بطريقة فعالة، مقابل الاستسلام للسلبية والخيال تحت ضغط نقص التوجيهات في الظروف الخارجية.

والسمة الأساسية لوظيفة الأنا التكاملية التي نوقشت في الجزء السابق كانت تنظيم الطاقات من أجل تمكين النشاط الموجه نحو أهداف خارجية، ونظراً للإدراك الدقيق للواقع، فإن الهدف الخارجي الذي يقيم بطريقة واقعية يمكن تحقيقه بطريقة نشطة غير غامضة، والاقتراب النشط الحاسم من الواقع يشمل قدرته على اتخاذ خطوات لتحقيق أهداف محددة. هذه الأهداف لا تكون محددة أو منظمة بواسطة أخيلة سلبية، لكن بطريقة توكيدية تشمل مجموعة قدرات معرفية ضرورية تشمل التخطيط والانتباه، والتركيز، وتصريف الطاقة بطريقة نشطة فعالة.

لذلك عند مناقشة وظيفة الأنا التركيبية يحتاج الأخصائي النفسي أن يستطيع أن يُقدر بوضوح العوامل المجتمعة لاختبار الواقع وتنظيم المعرفة.

مضامين تشخيصية

Diagnostic Implications

عندما تكون وظيفة الأنا تركيبية سليمة، ينغمس الفرد في أخيلة موجهة نحو الهدف التي تكون في حدها الأدنى تعويضية في طبيعتها لأنها توجد مع سلوك موجه نحو هدف، وتعمل الأخيلة كوسيلة لتمثل النشاط المستمر، وعندما تتضرر وظيفة الأنا التكاملية، لم يعد الخيال يصاحب النشاط المستمر، ويصبح تحقيق الهدف مقيداً. ويقوم الخيال بدور تعويضي، إنه يحافظ على ويشبع جزئياً الرغبة للإنجاز في غياب تطبيق كامل للنشاط العملي، وعندما يحدث ذلك قد يكون الشخص واضحاً، ذكياً، ومجتهدًا، لكنه يكون أساساً سلبياً بمعنى أنه لا يحقق هدفه بصورة كاملة، وفي حالات معينة منها يعمل تضرر الأنا التركيبية عمله، فإن الإجابات على بروتوكول الاختبار قد تشير إلى إحباط شديد، وخيال عدواني، وصعوبة ضم الدفعات اللاشعورية إلى سلوك موجه نحو الهدف، كذلك فإن قدرة الشخص على احتمال الغموض والأفكار غير المتلائمة تتقلص، وانهيار هذه القدرة يؤثر مباشرة على طبيعة تنظيم الإدراك والتفكير والمشاعر المعرفية لدى الشخص المتجسدة في إطار عملي سلبي.

ونظراً لأن الأنا التركيبية تمكن الشخص من تنفيذ سلوك موجه نحو الهدف، وتحمل الغموض، وتركيب الخيال مع النشاط العملي والطموحات، فإن تضرر هذه الوظيفة يؤدي إلى نتائج عديدة، هذه النتائج تشمل تنفيذ متضرر لسلوك موجه نحو الهدف، ونقص القدرة على احتمال الغموض، والتناقص الواضح بين الطموحات والإنجاز، يحدث هذا التناقض لأن الميل يكون لتحقيق الأهداف عن طريق الخيال،

وبالتالي فإن تضرر وظيفة الأنا التركيبية يضخم إطار العملي السلبي، عندما تكون الأهداف المرغوبة بطريقة واقعية متحققة، وتتولد ردود فعل مضطربة ومشكلات في أداء الشخصية لوظائفها، بما في ذلك الإحباط، وسرعة الاهتياج، والانشغالات السلبية، وكذلك السلوك السلبي/ العدواني الصريح أو انفجارات الغضب والإحباطات غير ممكن التنبؤ بها.

وثمة ظاهرة أخرى تظهر في إطار تضرر وظيفة الأنا التركيبية تشمل الانشغال بالاجترار العدواني والقلق المقابل الناتج عن التمثل Assimilation الضعيف للرغبات والسمات السلبية/ العدوانية، وكذلك السمات الوسواسية يمكن أن تشاهد. في حالة السلبية مع العدوانية الصريحة، فإن الطريقة السلبية/ العدوانية تتميز على النقيض، عندما يكون الاجترار والثنائية الوجدانية هي الطرق المميزة لعلاج الغموض، تتطور ميول وسواسية.

والاحتمال التشخيصي الثالث هو مظهر الاعتمادية الذي يحدث لأن الفرد يميل إلى الاعتماد على الآخرين ليعالجوا بدلاً منه تحديات الواقع الذي هو نفسه يشعر بعدم الملائمة لمعالجتها، وبالتالي في ضوء المضامين التشخيصية فإن تضرر الوظيفة التركيبية للأنا قد يبتدي في ضوء السلبية، والاجترار الوسواسي، أو مشكلات الاعتمادية.

في المادة الإسقاطية فإن الإجابات على البروتوكول قد تكشف عن توق سلبي، مثلاً ترجيح الإجابات غير الناضجة نسبياً أو تلك التي تظهر خبرة سلبية للقلق مع موضوعات الاعتمادية في خيال الشخص علاوة على أن الاجترار الوسواسي قد يظهر في صورة موضوعات علمية وانشغالات بالسيمترية والثنائية الوجدانية.

توصيل النتائج

Communicating Findings

عندما يحدث تضرر لوظيفة الأنا التكاملية، يستطيع الأخصائي النفسي وضع تقريره عن وجود أخيلة سلبية تعويضية بدلاً من تحقيق الهدف بنشاط، ووظيفة الأنا التركيبية السلبية سوف تعكس نشاطاً عملياً موجه نحو الهدف، والقدرة على تنفيذ واستخدام الطاقات بطريقة حاسمة وبلا غموض لتحقيق إنجازات علمية ملموسة، ومن المهم أيضاً أن نذكر تقييم قدرة المريض على استخدام التخطيط، والحكم، والالتزام رغم ظروف الشك والغموض للواقع.

هذه النتائج حول الأخيلة السلبية التعويضية والعجز عن التعامل مع الغموض

قد يصاغ في ضوء مفاهيم اختبار الواقع وتنظيم المعرفة، ويستطيع الأخصائي النفسي أن يشير إلى أنه رغم أن اختبار الواقع ملائم، فإن تنظيم المعرفة يكشف عن مشكلات معينة، تفصل هذه المشكلات في ضوء ميل المريض أن يكون سلبياً وليس موجهاً نحو الهدف، وأن ينشغل بالأفكار التي لا يستطيع ترجمتها إلى عمل منتج، وللأخيلة السلبية التعويضية محل العمل بطريقة عملية نحو مواجهة التحديات التي تظهر في الأهداف المهمة والشعور بقلق غير مستحق، وعدم إمكانية توضيح مظاهر الشك على الفور.

وقد يرتبط بهذه الاضطرابات نتائج تشير إلى أن مكون الإحباط، والانشغال بالعدوان التفاعلي، أو العجز عن التعامل مع النتائج المرتبطة بردود الفعل هذه، هذه النتائج التي يشوبها المشاكل تعكس أضرار في قدرة المريض على المزج بين الإدراكات والأفكار، والمشاعر والأخيلة في نشاط جيد التركيب موجه نحو تحقيق أهداف محددة، ويستطيع الأخصائي النفسي أيضاً الإشارة إلى طبيعة الصعوبات التي قد يعانيها المريض عند استخدام القدرات المعرفية للتخطيط والحكم، والانتباه، والتركيز والإدارة للإحباط.

وتضرر وظيفة الأنا التركيبية يمكن أن نشاهده سواء في المادة الإسقاطية وفي الاختبارات الفرعية لاختبار الذكاء التي تتطلب تطبيق ناجح للقدرات المعرفية مثل التخطيط، والحكم، والتركيز. في المادة الحالية التي ترتبط بطبيعة وظيفة الأنا، فإن الاهتمام الرئيسي يكون منصباً على درجة تأثير الغموض، والسلبية والخيال على تحقيق الهدف.

عندما تكون وظيفة الأنا التركيبية سليمة بدرجة معقولة، وتمكن من التوافق الناجح، ينشأ السؤال بخصوص كيف يتصرف الفردعندما تكون وظيفة الأنا التركيبية سليمة بدرجة معقولة، وتمكن من التوافق الناجح، ينشأ السؤال بخصوص كيف يتصرف الفرد والتكيف بنجاح مع التوتر والغموض في الواقع يرتبط بدرجة التكيف التي يظهرها الفرد، وبالتالي فإن وظيفة الأنا النهائية المطلوب دراستها تتعلق بعمليات التكيف.

الوظيفة التكيفية للأنا

Adaptive Function of The Ego

إن مناقشة الوظيفة التكيفية للأنا تفترض أن وظائف الأنا الأخرى سليمة، لهذا السبب فإن الإحالات تتم بسبب اضطرابات السلوك، وتضرر الشخصية، أو

الأزمات لا تهتم بتحليل هذه الوظيفة للأنا بعينها، مع ذلك فإن الإحالات للاختبار التي تتم لتحديد القبول في فئات معينة أو للمساعدة في تحدد ترقيات وظيفية والتي تتطلب جميعها تقدير درجة عمل الوظيفة، عند التقرير عن وظيفة الأنا هذه، فإن التركيز يكون على تقويم مدى كون خبرات الفرد التوافقية ناجحة، والسلوك في المدرسة، في الوظيفة، وفي العلاقات هي معايير يجب دراستها.

وحول الاختبارات التي تطبق، فإن الأخصائي النفسي الذي يضع تقاريره عن النتائج الإيجابية للوظيفة التكيفية السليمة للأنا سيجد بالضرورة تنظيم معرفي سليم بدرجة معقولة في اختبار جيد للواقع، ويستطيع الأخصائي النفسي إذا وضع تقرير عن مختلف جوانب القوة التكيفية بدرجة عالية، بما فيها المرونة في حل المشكلات، ووجود موارد ابتكارية، والقدرة على التغيير عندما يكون ذلك مناسباً، والإحساس بالأصالة والإبداع التي قد ترى بوجه خاص في المادة الإسقاطية، والاستقرار، واستواء الوظيفة التي تعكس استيعاب تكيفي قوي للخيال اللاشعوري، واستواء الدرجات على الاختبارات الفرعية التي تشكل اختبار الذكاء. هذه الصفات الإيجابية تعكس الثبات أو الاستقرار وبراعة كاملة تكشف عن الاشتياق للبحث عن والتمكن من مواجهة التحديات.

في ضوء المضامين التشخيصية فإن العمل الناجح لوظيفة الأنا هذه تعكس شخصية جيدة التكامل، لدى هذه الشخصية التكيفية، تشمل وظيفة الأنا التنظيم المعرفي المتكامل والمتسق والمترابط بشأن طرق التفكير، والمشاعر، والخيال، والسلوك ويبدو أن القلق غير مرتبط بالأعراض، ويظهر الشخص قوة كبيرة في القدرة على التعامل بطريقة بناءة ومنتجة مع القلق، وليس تصريفه بطريقة عصابية والانغمار فيه. هذه الصفة تكون واضحة في استواء مكونات اختبار الذكاء، مما يعكس حقيقة أن كل القدرات تتطور لتبلغ أوجها.

ونظام وظيفة الأنا بأكمله يمكن الاعتراض عليها على أنها هرمية التركيب، هذا الاعتراف يساعد الأخصائي النفسي على تنظيم تفكيره حول الموضوعات الأساسية للتشخيص، كما في التمييز الشامل بين الذهان وغيره، والظواهر داخل النفس، مثل طريقة تنظيم الدفعات والتوترات وتصريف الدفعات اللاشعورية في عمل أو خيال، وقدرة الفرد على تحقيق الأهداف، وإدارة العلاقات، ومن تقويم هذه الموضوعات يستطيع الأخصائي النفسي وصف والقيام باستنتاجات حول اختبار الواقع والوظيفة المعرفية، وفضلاً عن هذه الأبعاد الأساسية قد تظهر سمات معينة

تتزامن مع العديد من العمليات المعرفية وعمليات الأنا وتناقش من تحليل نتائج I.Q. على الاختبارات الفرعية.

في الفصلين التاليين تم تطوير التنظيم المعرفي أكثر داخل إطار اختبار الذكاء والوظيفة العقلية.

ملخص Summary

في هذا الفصل والفصل الذي سيتبعه تم دراسة طبيعة اختبار الواقع ووظيفة الأنا في علاقتها بمفاهيم "هارتمان" بشأن التنظيم المعرفي، والترتيب الهرمي لوظائف الأنا الخمسة تشكل أساس لتقويم الكفاءة المعرفية للمريض، ودراسة المضامين التشخيصية.

والوظيفة المعرفية الأساسية لأقصى حد هي الوظيفة الأساسية الأولية للأنا، والتي تحكم سلامة الواقع الأساسي وتوازي الإدراك، والتفكير، والمشاعر. إذا تضررت هذه الوظيفة فإن العملية الذهانية الصريحة تحديداً موجودة والإدراك، والتفكير، والمشاعر تكون منقسمة ووظيفة الأنا المشوهة والمتفككة بدرجة عالية ممكنة إما في اضطراب المزاج أو اضطراب التفكير حيث تكون المادة الذهانية الواضحة موجودة.

ووظيفة الأنا المستقلة الثانوية هي القدرة على التفكير الموجه عند تضرر هذه الوظيفة، يمكن تمييز التفكير الموجه، لكن تحدث التدخلات من الدفعات البدائية الناشئة. يشير ذلك إلى عملية محتملة لإدراك التعويض وتعتبر أيضاً مكوناً رئيسياً في الفصام بأنواعه، ولذلك في الحالات البينية الشديدة Borderline على مستوى الوظيفة التكاملية للأنا، يكون هناك واقع ملائم وتنظيم الطاقة، والمشاعر والقلق، والقدرة على التركيز على المطالب الخارجية للواقع تعتبر مسائل جوهرية، عند تضرر هذه الوظيفة، تكون النتائج هي التأثير على العلاقات البناءة بين الأشخاص وعدم الكفاءة في التوجيه نحو الهدف، حتى رغم أن الأهداف الخارجية والعلاقات المشبعة ينظر إليها على أنها مهمة والصراعات الداخلية تجعل الطاقة تنحرف عن تحقيق الطموحات الخارجية إلى انشغالات شخصية بين المرضى ذوي اضطرابات الشخصية وأمراض العصاب، مما يؤدي إلى قلة الإنجاز في هذه السياقات التشخيصية.

في الوظيفة التركيبية للأنا، يكون الاتصال بالواقع أيضاً سليماً وعند تضرر

هذه الوظيفة فإن الطاقة الممكن استخدامها للتعامل مع مظاهر الغموض، والـشك، وعدم الاتساق في ظروف الواقع يُصرف في أخيلة تعويضية سـلبية ولـيس فـي أنشطة نشطة توكيدية كما أن النشاط العملي نحو تحقيق الهدف يتأثر كثيـراً عنـد تضرر وظيفة الأنا، والعجز، والاعتمادية، والسلبية، والاجترار تشتق تضرر هـذه الوظيفة المعرفية، مع نتائجها الضارة على التخطيط، والحكم والالتزام.

والوظيفة المعرفية المعقدة والنهائية هي وظيفة تكيفية للأنـا، والتـي تحقـق التفوق عندما تكون كل هذه الوظائف الأخرى تعمل بسلامة نسبية، تشمل وظيفـة الأنا هذه حل المشكلات بطريقة مرنة، والموارد الإبداعيـة، الأصـالة، والثبـات، والتمثيل التكيفي للأخيلة اللاشعورية التي تمكن مـن التحقيـق الكامـل للأهـداف الخارجية والعلاقات المشبعة.

عند توصيل النتائج المرتبطة بهذه الوظيفة المعرفية، يتم التركيز على وصف موضوع الاختبار في عبارات محددة غير فنية للسلامة وتضرر الاتصال بـالواقع، وتنظيم القلق والدفعات، وتمثل الأخيلة، وكذلك التوجه نحو الهدف.

٦

الفصل السادس
الوظيفة العقلية

الفصل السادس
الوظيفة العقلية
Intellectual Functioning

تحليل معدل الذكاء (I.Q)
The I.Q. Analysis

في هذا الفصل نوقشت الوظيفة العقلية التي يشملها تقرير الاختبار في علاقتها بالتنظيم المعرفي، ويتضمن هذا الجزء من التقرير أكثر من مجرد كتابة تقرير عن معدل الذكاء .I.Q أو حتى درجات الاختبار الفرعية، والتقرير عن درجة الذكاء يجب أن يوضع في سياق فيه يعرف، أي في ضوء المستوى العقلي، كجزء من تحليل يقابل درجات الاختبارات الفرعية والدرجات اللفظية ولاجتماعية مقابل نتائج الأداء.

بعد هذا التوضيح لنسبة الذكاء .I.Q قيمت العوامل المعرفية والانفعالية من نتائج اختبار الذكاء وحللت ومن أمثلة الأبعاد المتأصلة في المهام المطلوب أداؤها في الاختبارات الفرعية الفردية والتجمعات المختار منها بما فيها الذاكرة، والقدرة على التخطيط، والحكم، واحتمال الإحباط، وتأثير القلق على الأداء، والقدرة على التركيب، وعلى التجريد والتفكير والتركيز على التحليل من هذا المنظور يمكن الأخصائي النفسي من تطوير اتصال يساعد مصدر الإحالة في فهم المريض أفضل كثيراً من مجرد كتابة تقرير عن مجموع درجات.

هذا المنهج المفصل يمكن أن يزود معلومات حيوية لمهنيين الصحة النفسية وسائر العاملين في الإحالة المعنيين بالتدخل، ومعرفة نواحي القوة والضعف النسبية لمفحوص معين في مجال الوظيفة المعرفية قد يساهم في عملية اتخاذ القرار حول هذا التدخل، والتقرير يمكن أن يتناول بطريقة فعالة هذه الموضوعات بواسطة إدراج عناصر أساسية مثل تحليلات الاختبارات الفرعية وارتباطها بتقويم بروفيلات الشخصية وبالتشخيص. هذه الطريقة يمكن أن ترضي غالبية مصادر الإحالة الأكثر اهتماماً بوظيفة المريض أكثر من مجرد معرفة الدرجات، كذلك فإن أي تناقض بين الدرجات المتحصلة الفعلية وتقدير الوظيفة المحتملة هي مساهمة كبيرة في التقرير.

أخيراً، فإن نتائج اختبار الذكاء تتأثر وتعكس المتغيرات الثقافية ومتغيرات الشخصية وقضايا السلوك العدواني، والتخلف العقلي، والطموح أو السلبية وهي أمثلة لمتغيرات الثقافة ومتغيرات الشخصية، والسهولة النسبية في المادة اللفظية، والتنسيق الحركي، أو المهام المعقدة قد يتأثر بشدة بعوامل ثقافية وتشخيصية، ووصف هذه التأثيرات وبحثها يتعلق بضم الوظيفة العقلية في التقرير.

دليل التشخيص DSM-III
ومدى الذكاء .I.Q التقليدي.

في الماضي فإن مسميات التخلف العقلي مأفون، وأبله، ومعتوه استخدمت لوصف ما يطلق عليه الوظيفية دون السوية، هذه المصطلحات لم تعد مستخدمة والأخصائيون النفسيون اليوم أكثر اهتماماً بالتقرير عن الدرجات في ضوء كيف تتدرج في مدى معرفي جيد، وغالبية الأخصائيون النفسيين المعاصرين يعتمدون على مدى درجات الذكاء .I.Q المعروضة في جدول كمتوسطات لتزويد سياق وصفي ذي مغزى لكتابة تقرير عن النتائج، ويبين جدول (١) كيف استبعدت المضامين قليلة الأهمية من وصف نسبة الذكاء .I.Q.

جدول (١)

تصنيف درجة الذكاء. الدرجات على مقاييس وكسلر

مدى .I.Q	الوصف	النسبة %
١٣٠ فأكثر	متفوق جداً	٢,٢%
١٢٠- ١٢٩	متفوق	٦,٧%
١١٠-١١٩	فوق المتوسط	٣١,١%
٩٠-١٠٩	متوسط	٥٠%
٨٠-٨٩	أقل من المتوسط	١٦,١%
٧١-٧٩	بيني	٦,٧%
٥٠-٧٠	تخلف عقلي خفيف	٢,٢%
٣٥-٤٩	تخلف عقلي متوسط	
٢٠-٣٤	تخلف عقلي شديد	
١٩ فأقل	تخلف عقلي عميق	

ويفضل استخدام الأخصائيون النفسيون استخدام المسميات الحالية، لأنها تزود طريقة يمكن استيعابها لتوصيل موقف المفحوص في مجموعة الوظائف العقلية.

وتوجد عوامل عديدة تجعل درجة ذكاء المريض .I.Q. متناقضة عن إمكانياته أو أقصى أداء وظيفية لديه، والدرجة المتحصلة تبين فقط كيف يؤدي المريض وظائفه في الوقت الحالي، ولتوصيل ما يعنيه مستوى الأداء هذا، من المفيد للغاية إدراك نسبة مئوية لدرجة ذكاء المريض في تقرير الاختبار، ولذكر أن الوظيفة العقلية للمريض في مدى الـ٢,٢% من السكان أو أن الدرجة فوق ٩٨% من السكان تصف بسهولة موقف الفرد في علاقته بباقي السكان الذي قنن الاختبار على أساسه، هذا له مغزى أكبر ووثيق الصلة أكثر من مجرد تزويد مجرد رقم لنسبة الذكاء، والنسبة المقدمة أيضاً تكون أكثر دقة من مجرد ذي مدى معين ينطبق عليه، مثلاً متفوق جداً، ويربط جدول (٢) درجات الذكاء .I.Q. بنسبة مئوية درجة .I.Q. الإجمالية المتحصلة من اختبار الذكاء هي فقط مؤشر إجمال للأداء الوظيفي للمريض ونسبة الذكاء الإجمالية هذه تميز عن طريق دراسة مكونين رئيسيين الوظيفة اللفظة والأداء.

جدول (٢)

علاقة درجات I. Q بالنسبة المئوية على مقاييس وكسلر

نسبة الذكاء	%	نسبة الذكاء	%
١٣٥	٠,٩٩	١٠٠	٠,٥٠
١٢٨	٠,٩٧	٩٦	٠,٤٠
١٢٥	٠,٩٥	٩٢	٠,٣٠
١١٩	٠,٩٠	٩٠	٠,٢٥
١١٣	٠,٨٠	٨٧	٠,٢٠
١١٠	٠,٧٥	٨١	٠,١٠
١٠٨	٠,٧٠	٧٥	٠,٥
١٠٤	٠,٦٠	٧٢	٠,٣
		٦٥	٠,١

نسبة الذكاء اللفظي والمتعلق بالأداء
Verbal & Performance I.Q.

اختبارات الذكاء المتحصلة بواسطة معظم الإكلينيكيين هي مقاييس وكسلر، والاختبارات الفرعية لهذه المقاييس تجمع بطريقة ملائمة في تلك التي تعتمد أساساً على المهارات اللفظية واللغوية وتلك التي تعتمد على الأداء والقدرات الحركية، بالتالي فإن نسبة الذكاء .I.Q. المفضلة يمكن الحصول عليها لبيان الأداء الوظيفي للفرد في كل هذه المجالات، ورغم أن مقياس الذكاء ستنافورد- بينيه شائع الاستخدام أيضاً، فإنه لا ينتج درجات الذكاء اللفظي ودرجات الأداء.

ويمكن فهم العديد من الحقائق المهمة حول الوظيفة المعرفية، ومتغيرات الشخصية، والمؤثرات الثقافية وكذلك وصفها في تقرير الاختبار على أساس المقارنة والمقابلة بين درجتين للذكاء، ودرجات القدرة اللفظة والأداء لها مضامين عديدة عند تحليل نتائج الاختبار الكامل.

القدرات اللفظية تعادل الأداء
Verbal Equals Performance

عندما تكون نسبة الذكاء اللفظي ودرجة الأداء متعادلتين تقريباً، يمكن القول أن المريض قادر في هذين المجالين العموميين، وتطور قدراته للتعامل مع المهام اللفظية والأدائية متساوية على نحو عريض ويمكن وصف المفحوص بتعبيرات عمومية على أنه قادر على استخدام المادة اللفظية وفي حل المشكلات اللفظية وكذلك في التعامل مع المهام التي تتطلب تحليل بصري ومشاركة حركية للحل وقدرات هذا الشخص المعرفية التفكير، والتصور النظري، والحكم والتخطيط يتم معالجتها بالمثل عن طريق التعبير اللفظي والبصري/ الحركي وعلى التحليل.

ورغم حدوث بعض التناقض عادة بين القدرات اللفظية والأداء، فإن التمييز بينهما مطلوب من أجل عرض تحليل ومناقشة الشخصية وارتباطاتها المعرفية، ويمكن تحديد الفرق المهم على أنه فرق فيه تناقض قدره (١٥) نقطة ذكاء أو أكثر، أو الذي فيه تناقض بين (٣٠) نقطة ذكاء أو أكثر ويتطابق التناقض الأول مع واحد انحراف معياري، والثاني مع (٢) انحراف معياري.

الدرجات اللفظية أكبر من درجات الأداء

Verbal Greater than Performance

عندما نكون نسبة الذكاء اللفظي أكبر على نحو دال إحصائياً من درجة الذكاء الأدائية، فإن الانطباع الأول هو عن شخص أكثر قدرة في التعبير اللفظي، والتحليل، والتذكر من أدائه الوظيفي البصري/ الحركي، وقد ترتبط عدة عوامل مع هذه الظاهرة وقد يميل المفحوص إلى الاعتماد على الدفعات العقلية، وجهود الإنجاز، والاهتمامات أو الميول اللفظية، لذلك فإن التركيز على المهارات اللفظية أكثر من مهارات الأداء يظهر غالباً لدى المفحوصين الذين استوعبوا ما يطلق عليه الخبرات التعليمية والثقافية السائدة.

وعن طريق الدليل نفسه، قد يوصف هذا الشخص بأن لديه طاقة أقل للعمل، ومن مهارات الأداء واستخدم التطبيقات الآلية.

وكما ذكرنا فإن الميل نحو تطوير المهارات اللفظية والميول على حساب قدرات الأداء يمكن أن يرتبط بالعوامل التي لها علاقة بالأحوال الثقافية. في هذا الصدد فإن مستوى القدرة اللفظية الأعلى من الذكاء في الأداء، قد ترتبط بالدافعية للإنجاز والقيمة الكبيرة المنصبة على التحصيل والتعليم، في ضوء المضامين التشخيصية والمريضة، فإن شكل الذكاء اللفظي يكون أكبر من الذكاء الأدائي مما يعكس ميلاً مطابقاً، لأن القيم الثقافية التي تؤكد على المهارات اللفظية تم المطابقة معها بشدة، وتبينها، وثمة عامل ثقافي مساهم آخر ولذلك عامل تشخيص يتعلق بالاتجاهات الوسواسية، فيها تثري الكلمات والمفاهيم اللفظية بمعاني خاصة تساهم في سهولة الإنتاج للمهام الوظيفية.

وعند الانسحاب من الاهتمامات الاجتماعية، فإن بعض الأشخاص ذوي الميول الفصامية والفصاميين ذوي طرق العمل الخيالية بدرجة كبير أو ذوي الميول البارانوية كثيراً ما يعتمدون على الكلمات والرموز أو التعبيرات اللفظية بطريقة تعزز المرض لديهم، هذا التقييم المفرط للمادة اللفظية قد يحدث من أجل تجنب المشاركة في المجالات الأخرى، ولأن الحاجات الدفاعية تستخدم بواسطة الإفراط في تطوير القدرة اللفظية، والإفراط في الاعتماد على التحليل اللفظي، فإن التفاعل الاجتماعي، مثلاً يمكن أن يكون محدوداً، والاختبارات الفرعية القائمة على المادة اللفظية في اختبار الذكاء قد تتلاءم مع الاستعداد للمريض إلى حد أن تظهر قدرة منخفضة في معظم الاختبارات الفرعية للأداء، وتأثير ذلك على معدل ذكاء الأداء، مقارنة بمعدل الذكاء اللفظي.

وثمة عامل آخر يمكن أن يساهم في النتائج التي فيها .I.Q تكون أكبر من ذكاء الأداء، والذي يمكن فهمه عن طريق دراسة أوجه النقص في الأداء.

ولأن كل الاختبارات الفرعية للأداء موقوتة، فإن البطء الحركي الذي كثيراً ما يصاحب الاكتئاب قد يسبب تضرر للنتائج المساهمة في معدل الذكاء الأدائي، عند وجود ضرر بدني، فإن مكان الضرر بالمخ في المنطقة التي تؤثر على القدرة البصرية والحركية سوف يخفض جانب الأداء في الوظيفة العقلية ويساهم في ظهور معدل ذكاء لفظي أعلى، والاختلاط في مرضى الفصام قد يقيد أحياناً التحليل الإدراكي وكذلك البصري الحركي بسهولة أكثر منه بالنسبة للمهارة اللفظية، خاصة إذا كانت الدفاعات العقلية قوية وأسلوب الشخصية الخيالية يتم التركيز عليه. في هذه الحالة فإن معدل الذكاء الأدائي قد يكون أقل بصورة جوهرية عن معدل الذكاء اللفظي.

من الواضح أن هذه الفروق بين معدل الذكاء اللفظي والذكاء الأدائي تفرز تكوين فروض تشخيصية والتي يجب فحصها مقابل النتائج المبنية على بيانات أخرى مستمدة من بروتوكول الاختبار وعلى تشوهات المحتوى المتحصلة في الإجابات عل أسئلة اختبار الذكاء، وفي الواقع فإن الشكل المختلفة بوضوح للدرجات قد يتضمن اضطرابات مرضية، والمنطق يدعو إلى الوصول لتشخيص لكل حالة، مهما كانت مختلفة ومن الضروري تقدير مدى ما تشير إليه النتائج المختلفة من اضطرابات مشابهة أو العكس مدى إمكانية أن ترتبط النتائج المتشابهة بمضامين تشخيصية مختلفة لدى أفراد مختلفين، وجهود وضع فروض تدريجياً وصقلها بخصوص المرض والتشخيص يوضح ويحل هذه المتناقضات الظاهرية Paradoxes.

القدرة على الأداء أكبر من القدرة اللفظية

الفرد الذي يسجل درجات أعلى على نحو دال إحصائياً في مقياس ذكاء الأداء مقابلة بدرجات ذكائه اللفظي يمكن وصفه على أن لديه تفضيل للعمل والنشاط على الميول التأملية، هذا التفضيل قد ينتج عن عامل مختلفة بما فيها الاهتمام المطور جيداً بالأنشطة الآلية، على القدرات الجيدة للتحليل البصري، أو يفضل الاستجابات الحركية جيدة التنسيق، ويوجد عامل آخر هو خلفية المفحوص فإذا كانت الظروف الاجتماعية والثقافية لا تركز على المثيرات اللفظية، في هذا الموقف فإن المهارات

اللفظية اللازمة للاستجابة بطريقة كاملة ومهارة لا تُطور، مما ينتج عنه ضعف درجات الذكاء اللفظي، ومقابلها تفوق درجات ذكاء الأداء.

كما أن هناك سبب آخر لارتفاع معدل ذكاء الأداء، أي الأعلى كثيراً عن الذكاء اللفظي ينجم عن مرض المفحوص، والذي قد يرتبط بمضامين تشخيصية، ويتم اقتراح عدة احتمالات تشخيصية. فالمريض ذوي الذكاء الأدائي الأعلى قد يشترك في طريقة نفسية مرضية فيها يسود الأسلوب الموجه نحو الفعل والدفعات. هذا الميل يسهل إنتاج إجابة أفضل على الاختبارات الفرعية للأداء أعلى منه للقدرة اللفظية لدى بعض مرضى الفصام، فإن المادة اللفظية تستخدم لاستعمال رمزي أو تداعيات غريبة منحرفة مع تزويد ما يسمح Echolalic وتثار نتيجة مرض الفرد، لذا يتراكم الضرر الجوهري ويظهر في الاختبارات الفرعية اللفظية عند ظهور الموقف، فإن مرض الفرد قد يساهم في درجات ذكاء الأداء والتي تكون أعلى من درجات الذكاء اللفظي، والمثال الأخير لمساهمة المرضى في الحالة قيد الدراسة تشمل تضرر المريض عضوياً، فإذا شملت المشكلة العصبية أجزاء من المخ التي ترتبط بالمهارة اللفظية فإن نسبة الذكاء اللفظي غالباً ما تكون أقل كثيراً من نسبة ذكاء الأداء والتي تظل سليمة نسبياً.

معنى التناقص بين القدرة اللفظية والقدرة الأدائية

The Meaning of Verbal performance Discrepancy

عندما يكون التناقض بين درجات القدرة اللفظية والأداء كبير بصورة غير عادية، قد يكون علامة على وجود اضطراب كبير لدى الفرد، لهذا السبب من المهم للأخصائي النفسي أن يفسر هذه التناقضات عند وجودها. والنقطة المهمة بوجه خاص هي أن التناقض الكبير (حوالي انحرافين معياريين أو ٣٠ نقطة على مقاييس وكسلر) تكون غير عادية إحصائياً بما يكفي لإلزام الأخصائي النفسي بشرحها في التقرير، هذا التناقض الجوهري قد يشير إلى عملية ذهانية، أو تضرراً عضوياً، أو مشكلة نمو أو نضج كبيرة.

لأن نتائج اختبار الذكاء تعكس إلى حد كبير قدرات معرفية خاصة، فإن التناقض بين الدرجات اللفظية والأدائية قد يعكس الفروق بين الجوانب السليمة والجوانب المتضررة للوظيفة المعرفية للمريض، ولأن حساسية أداء قياس الذكاء لقياس القدرة المعرفية، وتدهور المرضى الذهانيين قد تكشف أولاً على هيئة فقدان القدرة في أحد المجالين العريضين للوظيفة العقلية، لدى المريض المتضرر

عضوياً، فإن فقدان الوظيفة العصبية قد يظهر أيضاً في شكل تناقض كبير بين القدرات اللفظة والأدائية، خاصة إذا كان الضرر محدد المكان بحيث يؤثر على مجال وظيفة أكثر من الآخر لدى المرضى ذوي مشكلات النمو أو النضج، يوجد غالباً أن بعض مجالات الوظيفة المعرفية تطور بقوة وتكون سليمة في حين أن مجالات أخرى تكون ضعيفة النمو بدرجة ملحوظة.

هذا الشكل يمكن أن ينعكس في الفرق بين الوظيفة اللغوية والوظيفة الأدائية، وإعاقات التعلم قد تشمل الحد الأدنى من المشكلات العضوية الذي فيه فإن اضطرابات التناسق الحركي أو التناسق البصري/ الحركي يمكن أن يتأثر إلى حد أن وظيفة الأداء متضررة كثيراً. في هذه الحالة فإن المقابلة بين القدرات اللفظية والقدرات الأدائية يمكن أن نشاهدها بسهولة.

تقسيم مقترح للاختبارات الفرعية اللفظية والأدائية

A proposed Division of Verbal & Performance Subtests

لقد اكتشفنا أنه من الأهمية إكلينيكياً تجميع اختبارات فرعية معينة على أساس العوامل المعرفية والعقلية التي لها صفات مشتركة، وعن طريق تحليل وكتابة تقرير عن نتائج اختبار الذكاء على هذا المستوى من التنظيم، والمعلومات المجمعة لأكثر من اختبار فرعي يمكن تلخيصها ونقلها. هذا التحليل يوضح أكثر نواحي القوة والضعف المعرفية للمريض.

وسبب تكوين جماعات من الاختبارات الفرعية يشمل قضايا عديدة، وبوجه عام فإن المهام اللفظية والأدائية يمكن تقسيم كل منها إلى تجمعات تختلف في مدى التركيز المطلوب من المفحوص، ويمكن تقسيم الاختبار الفرعي إلى مجموعة (أ) التي تكون الاختبارات الفرعية للمفردات، والمعلومات، والفهم، وأوجه الشبه، هذه الاختبارات الفرعية تتطلب قدرة على حل المشكلات التأملية وإن كانت آلية بدرجة كبيرة، لأن الكثير من المادة متعلمة، وقد يطلق عليها "قدرة لفظية" والمجموعة الثانية التي يطلق عليها "القدرة اللفظية- ب" تتألف من مدى رقمي واختبارات فرعية للحساب، في هذه المجموعة يكون المطلوب بذل المزيد من الجهد عند التعامل مع المادة اللفظية المعروضة، والانتباه والتركيز وليس حل المشكلات مهمة، مع فرصة قليلة للاعتماد على التعلم المفرط بالطريقة ذاتها، فإنه يمكن تجميع الاختبارات الفرعية للأداء في فئتين عريضتين، الأول يمكن أن يطلق عليها تجميع (أ) للأداء وتتألف من اختبارات فرعية لتركيب الصور إكمال الصورة،

تعكس هذه المجموعة قدرة معرفية آلية نوعاً قد تكون إشارة لتنظيم بصري، لأنها تعتمد أساساً على تحليل دقيق بصري مع الحد الأدنى من المتطلبات من النشاط أو القدرة الحركية، والثانية مجموعة الأداء (ب) تتكون من اختبارات فرعية لتصميم المكعبات، وتجميع الشيء، والرمز الرقمي أو العشري، تتطلب هذه الفئة تطبيق نشط لكلا المهارات البصرية والحركية وكذلك التناسق بينهما.

والقسم الرباعي الملخص هنا مفيد بوجه خاص في ضوء تحليل الأنا ووظائف الواقع المطورة في الفصلين (٤، ٥) حول الوظيفة المعرفية، وفهم واستخدام وظائف الأنا في خدمة تنظيم المعرفة يشمل أجزاء تقويم للذاكرة، والقدرة على التخطيط، والحكم، واحتمال الإحباط، والقدرة على التجريد، والسيطرة على القلق، إلخ.. وهكذا فإن هذا التحليل الرباعي للاختبارات الفرعية للقدرة اللفظية والأدائية تتيح استخدام منهج مقتصد للتحليل المعرفي مثلاً المهام التي تتطلب الانتباه والتركيز للنطاق العشري والحساب قد تكشف عن مدى احتمال المفحوص الإحباط ومدى قدرته على التحكم في قلقه، وهكذا فإن التحليل المفصل لدرجات الاختبار الفرعي لمقياس الذكاء يمكن أن يسير جيداً خارج الأرقام المعزولة، والتعليقات على درجة الذكاء .I.Q في أجزاء متكاملة من المعرفة، وبالتالي متجسدة في بناء الشخصية.

استخدام مضامين تجمعات (أ، ب)

Use & Implications of (A &B) Groupings

يمكن للأخصائي النفسي استخدام التحليل الرباعي لوصف أبعاد معرفية مهمة في تقرير التشخيص النفسي، وعن طريق تجميع درجات المقياس الفعلي التي يحققها المفحوص على الاختبارات الفرعية الخاصة داخل كل مجموعة وحساب متوسطاتهم للمقارنة، ونواحي القوة والضعف النسبية للمريض في هذه المجالات الأربعة تصبح واضحة، كما أنه عن طريق مقارنة المتوسطات لكلا القدرة اللفظية، والأدائية (المجموعتين أ، ب) يمكن وصف قدرة المريض اللفظية والأدائية عند المقارنة مع قدرته لمهارات تنظيمية سلبية، كما يكشف عنها بواسطة درجات مقاسة في كل الاختبارات الفرعية "أ".

وهكذا فإن تحليل المقارنات والمقابلات التي تظهر من كل المجموعات يمكن القيام بها، للقدرات "أ" مقابل القدرات "ب" .. إلخ، والأخصائي النفسي الآن في موقف لتوصيل المهارات المعرفية والقدرات المطورة بصورة قوية أو ضعيفة

نسبياً في وظيفة المريض مثلاً يمكن وصف نتائج المريض في ضوء مهارات التنظيم اللفظي التي تطور على نحو أفضل من القدرة على الانتباه والتركيز والأخصائي النفسي يمكنه وصف المريض على أنه يظهر التوتر في الاستخدام الفعلي لفهمه في أداء الاختبار التي تتطلب التعبير اللفظي والاستنتاجات والاتصالات المماثلة يمكن اشتقاقها بسهولة من المقابلة من الفئات أما على المستويات الأربعة أو من مستويين (أ، ب).

والتحليلات التي ناقشناها حتى الآن مبنية على وعاكسة للوظيفة الحالية للمفحوص في موقفه الحالي، لكن لا تزال هناك مسألة إمكانية المريض أو أقصى مستوى وظيفي له والمطلوب مناقشته، أما في الماضي، أو قبل مرضه، أو في نقطة بالمستقبل عقب إستراتيجية التدخل الناجح من الواضح أن الأداء الفعلي للفرد هو مصفوفة من المهارات قبل المرض، والتطور التاريخ والمؤثرات الثقافية، وأقصى مستوى وظيفي ونتائج الوظيفة العقلية يجب أن تناقش، لكن المستوى المحتمل الذي عنه قد يستطيع المريض أن يؤدي وظيفته هو قطاع مهم أيضاً للتحديد والتحليل، لا أن إمكانية المريض لا يمكن الإشارة إليها أما إجمالاً، بنسبة الذكاء، أو بالقدرة اللفظية والأدائية. والمستوى المحتمل للوظيفة العقلية يمكن تحديدها فقط عن طريق الاستدلال على أساس تحليل أداء المريض حالياً ودرجاته.

في الفصل التالي، درسنا طرق عديدة لتحليل درجات الاختبار الفرعي وتقدير المستوى المحتمل للوظيفة العقلية فيهم، وتزويد ملخص في الفصلين السادس والسابع.

٧

الفصل السابع
الوظيفة العقلية

الفصل السابع
الوظيفة العقلية
Intellectual Functioning

الاختبار الفرعي لتحليل التشتت
Subtest & Scatter Analysis

يعرض هذا الفصل تطور جزء التقرير الذي يتطابق مـع تحليـل الوظيفـة العقلية، وفي حين أن الفصل السابق عرض تحليلاً لأهمية قياس معدل الذكاء .I. Q وتحليل المجموعات، والفروق بين القدرات اللفظية والقدرات الأدائية، فـإن هـذا الفصل يركز على أهمية تقدير .I. Q وكذلك تحليل اختبارات فرعية معينة.

إجمالاً يزود هذا الفصل والذي قبله وسائل شاملة لتنظيم الجزء بالتقرير الـذي يفصل الوظيفة العقلية ودمجه مع بناء شخصية المفحوص.

تقدير المستويات المحتملة لوظيفة الذكاء

يمكن تعزيز مناقشة اختبار الذكاء كثيراً بواسـطة ضـم تقـديرات مـستوى الوظيفة العقلية للمريض، وتحليل ومناقشة إمكانيات المفحوص يوسع مـن فائـدة التقرير على عدة أسس وحيث يتعلم القارئ للتقرير عـن بُعـد إضـافي لتكـوين الشخص وتحديد معلومات القوة التي يمكن أن يكتسبها المـريض عنـد اكتـشاف المعوقات التي لا تعوق كاملاً التعبير عن قدرة المريض، وهكـذا فـإن إمكانيـة المفحوص للنمو تعكسها تقدير الوظيفة العقلية المثلي، والمعلومات حول هذا الجانب من إمكانية الشخص للنمو تثري إدراك الفرد في الحاضر والمستقبل.

وتحليل مناقشة القدرة العقلية المحتملة للمريض يركز علـى العوامـل التـي تتدخل في التعبير عن هذه الإمكانية، وتقدير الإمكانيات العقلية قد تتبني على تحليل الخبرات التي تتدخل في الوظيفة العقلية، هذه الخبرات قد يكون لها مصادر عديدة: منها: مثلاً، أثر مثل هذه المتغيرات مثل الصراعات الانفعالية، والظروف الثقافيـة، ونقص الإثارة العقلية التقليدية، وتناقص فرص التفاعل مع البيئة التي تشجع عـادة في البيئات المتقدمة اقتصادياً وأي من هذه المتغيرات يمكن أن يؤثر علـى درجـة

الذكاء كثيراً، وعندما نجدها وثيقة الصلة من المناسب تحليل تأثيرها ومناقشة هـذه النتائج بوصفها جزء من التقرير الشامل للوظيفة العقلية والمعرفية ومستوى الذكاء، يمكن هذا التحليل القارئ للتقرير من فهم إمكانية المريض وجوانب الكـف لديـه، حتى يمكن اتخاذ قرارات بناءة حول الأهداف وموقف الشخص.

ومن البيانات المجمعة عند تطبيق اختبار الذكاء، بما فيها درجة الـذكاء I.Q والدرجات للاختبارات الفرعية وحساب هذه الدرجات توجد طرق ثلاثـة لتقـدير إمكانية المريض.

التشتت داخل الاختبار الفرعي

Intra Subset Scatter

إن تحليل التشتت داخل الاختبار الفرعي يـشمل الأخـصائي النفـسي عنـد استعراض كل الإجابات داخل اختبار فرعي معين، أن الغرض هو تقييم الاتـساق، والثغرات في الدقة والحكم والتباين بين الإجابات، مثلاً قد تظهر الثغـرات نتيجـة لحالات الفشل في الأداء على الفقرات يليها نجاح على فقرات صعبة داخـل نفـس الاختبار الفرعي، في الواقع فإن المريض ينجح في الأداء على الفقـرات الـصعبة بعد الفشل في أداء الفقرات السهلة، توضح هذه النتيجة بجلاء أن المـريض لديـه القدرة على النجاح في الفقرات التي فشل فيها لولا التدخل الذي أعاقه.

وعن طريق تحليل كل الاختبارات الفرعية مع الاهتمام بالثغرات الموجـودة بين حالات الفشل ثم حالات النجاح، يمكن الوصول للقرار الإكلينيكي عـن كيفيـة تحسين درجة المفحوص إذا كانت إجابته أكثر اتساقاً، وأساساً، فإن هذا تقيـيم لمـا تمكن أن يكون عليه مستوى وظيفة المريض، إذ عبر عن قدرته العقلية في نطـاق المدى لإجابته، وقيمة التقرير تتضاعف إذا زود تقـدير عـن مـستوى إمكانيـات المريض عن وظيفته العقلية مع الإشارة إلى طبيعة التدخل الـذي أعـاق تعبيـر المريض عن قدراته.

والتدخل في الوظيفة العقلية يثير سؤال عن تحديد المتغيرات المتـضمنة فـي خفض إمكانيات المريض وتوضيح هذه النقطة يساعد بوجه خاص مصدر الإحالـة مثلاً إذا حصل المفحوص على درجات ضعيفة على المفاهيم الحسابية السهلة وأدى أداء أفضل على المفاهيم الأصعب، يؤدي ذلك إلى افتراض تدخل أثر القلق والتوتر على أدائه. والنتائج المشابهة حول الاختبارات الفرعية المرتبطـة مثـل الأرقـام العشرية أو اختبار الرموز العشرية سيساعد على تأكيد فرص أثـر التـوتر هـذا

وفحص المادة الإسقاطية المتحصلة من بطارية الاختبارات يجب أن يتم لتحديد احتمال وجود قلق كبير يؤثر على الأداء الأمثل.

وتوجد مصادر أخرى للتدخل تنتج تناقضاً بين الدرجات المتحصلة والوظيفة المتوقعة على أي اختبار فرعي قد ينجم عن العمليات المرتبطة بظروف التشخيص مثلاً حالة الاختلاط المرتبطة بالفصام يمكن أن تتدخل في العرض المنطقي للإجابات، ونواحي القوة قبل المفحوص قد تنتج إحراز نجاحات موسمية في فقرات الاختبار الفرعي الصعبة بعد الإجابة الخاطئة على الفقرات السهلة، وتدخل الأضرار العضوية يمكن أن يؤثر على الدرجات بطريقة مشابهة، مثلاً الاحتمال الضعيف للإحباط قد يتخذ صورة رفض قهري لسؤال ما، يليه فترة هدوء فيها يتم التعامل مع الفقرات الأصعب بكفاءة.

تبين هذه الأمثلة كيف أن تحليل التناقضات بين المستويات الفعلية والمحتملة للوظيفة العقلية قد يكون مفيداً إكلينيكياً كما يساعد في صياغة الفروض التشخيصية.

جودة الإجابات
Quality of Responses

المنهج الثاني لتقريب تقديرات الإمكانيات العقلية هو تحليل المحتوى Content Analysis للإجابات على الاختبارات الفرعية. مثلاً رغم أن الدرجات الاحتمالية لاختبار فرعي معين قد تكون منخفضة، مما يعكس إنجاز ضعيف فإن الإجابات على أجزاء داخل الاختبار الفرعي قد يكون بالعكس تظهر ذكاء أكثر تطوراً أكثر مما تشير إليه الاختبارات الفرعية، كما يكشف عنه من خلال استخدام لغة معقدة، وترميز، وتجريد وهذه الصورة لنواحي القوة قد تحدث بسبب الظروف الثقافية أو الخبرات السالبة. هذه الظروف والخبرات يمكن أن تتدخل في تعبير المفحوص أو إصراره بحيث لا تترجم جودة الإجابة إلى نجاحات، والمفحوص ذو الميل السلبي مثلاً قد يكون في كثير من الأحيان عاجزاً عن إكمال الإجابات، مما ينتج عنه حصوله على درجات منخفضة إلا أن نوعية الذكاء يكشف عنها بسهولة بواسطة تحليل الإجابات الجزئية المتوفرة، سيظهر هذا التحليل أنه إذا أردنا سد الثغرات يمكن تقدير الإجابة المتوقعة على مستوى أعلى بدلاً من الإجابة المتحصلة بالفعل والمفحوص الذي لم يتعرض لتوجه إنجاز لكن كان مقيداً ثقافياً يتجنب تطوير نفسه لفظياً سوف يستفيد بوجه خاص من هذا التحليل، وبالتالي فإن مصدر الإحالة الذي يكون في موقف يتيح له التوصية بالعلاج سيكون في مقدوره فهم أن طبيعة إنجاز

المريض غير الملائمة تكمن لأقصى حد في المؤثرات الثقافية الخارجية ولا تعكس عجز وراثي أو فطري.

عند دراسة المدى العريض من الثقافات الفرعية التي توجد في إطار عمل اجتماعي تعددي، تكون لهذه النقطة أهمية خاصة، ودور الأخصائي النفسي ليس الحصول على الدرجات، بل أيضاً إلقاء الضوء على إمكانية وجود ذكاء كامن أو موهبة، هذا النوع من التحليل ضروري إذا كان علينا تطبيق اختبار ذكاء بطريقة صادقة وثابتة موثوقة.

معدل الذكاء التناسبي
Pro-Rated I.Q.

الطريقة الكمية الثالثة لتقييم مستوى ذكاء المفحوص المحتمل مبنية على دراسة مدى وقابلية الدرجات على الاختبارات الفرعية للتغيير، ويمكن وضع افتراض مؤداه أن الاختبارات الفرعية ذي أعلى درجة مقاسة تشير إلى مستوى نموذجي من الوظيفة لكل الاختبارات الفرعية، هذا هو المستوى المتوقع أن يؤدي فيه الفرد على كل الاختبارات الفرعية لولا تأثير العوامل الأخرى، وتحديداً أعلى درجة على كل الاختبارات الفرعية، يبين أعلى مستوى عنده يستطيع المريض أن يؤدي وظائفه، لذا أزيلت المؤثرات المتداخلة، كما يمكن ذلك من إعادة حساب معدل الذكاء بواسطة ضرب هذه الدرجة الأعلى في عدد الاختبارات الفرعية الكلية، وبذلك يتم تزويد تقدير عددي مفترض يتيح هذا التقدير القيام باستنتاجات حول إمكانية الشخص في ضوء أقصى مستوى للوظيفة هذا.

هذا الأسلوب التناسبي يمكن استخدامه لملاحظة الفرق في درجات الاختبار الفرعي ومدى انحرافها عن التقدير المفترض، هذه النقطة مهمة لأنها تمكن الأخصائي النفسي من أداء تحليل نقاط الضعف في مجالات عديدة للوظيفة المعرفية وللقدرة العقلية، ونقاط الضعف هذه يمكن أن ترتبط بمحتوى الاختبارات الفرعية التي تكون وظيفة المريض عندها أدنى من المثلى الأمثل المتوقع بالنسبة لأعلى درجة على الاختبار الفرعي.

في الجزء التالي نقوم بمسح تحليل درجة الاختبار الفرعي المتناقضة لأنها تعكس مشكلات معرفية ومشكلات الشخصية، والمعلومات حول الأبعاد المعرفية تستمدها من الاختبارات الفرعية العديدة على مقاييس وكسلر للذكاء.

تحليل تشتت المقياس الفرعي
Analysis of Subtest Scatter

عند تحليل تشتت المقياس الفرعي، توجد طريقتان مفيدتان للكشف عن والتفسير والتوصل للنتائج ذات الصلة الإكلينيكية بشأن وظيفة الذكاء ونواحي القوة والضعف المعرفية.

والطريقة الأولى: تتبع من ملاحظة الاختبارات الفرعية ودرجاتها التي تكون أدنى من (٣) نقاط موزونة إذاً من درجة الفرد المفترضة، ولهذه الطريقة أهمية خاصة عند تقييم مجالات ضعيفة التطور نسبياً في علاقتها بالمستوى الوظيفي الأمثل، وهي تكشف نقاط الضعف المشتقة م مقابلة أعلى مستوى وظيفي مفترض للفرد بمستوى أدائه الوظيفي الفعلي.

والطريقة الثانية: مبنية على حساب متوسط كل درجات المقاييس الفرعية، ثم التنويه أي الاختبارات الفرعية التي تكمن فوق أو تحت هذا المتوسط، وثمة طريقة محورية عن هذه الطريقة الأصلية لحساب متوسط درجات القدرة اللفظية والأدائية بالاختبار الفرعي على حده ثم تقييم درجات الاختبار الفرعي داخل كل من هاتين الفئتين مع اختلافهما عن المتوسطات المتوقع بواسطة أكثر من (٣) نقاط مقاسة، لهذه الطريقة أهمية خاصة عند تحليل ومناقشة نواحي القوة والضعف النسبية في الوظيفة العقلية الحالية للمريض، وعن طريق التركيز على هذه الاختبارات الفرعية التي تقع درجاتها فوق المتوسط المحسوب، فإن تقدير أقصى وظيفة يمكن القيام به.

وإجراء هذه الأنواع من التحليلات يتطلب فهم الوظائف المعرفية الضرورية للنجاح على كل اختبار فرعي وأنواع من الظواهر المؤثرة التي تكون لها هذه الاختبارات الفرعية حساسة لها بوجه خاص.

الاختبارات الفرعية اللفظية (مقاييس وكسلر)
Verbal Subtests (Wechsler Scales)

المعلومات الأساسية:

هذا الاختبار الفرعي يشمل القدرة على التخزين، والاستدعاء، واستخدام الحقائق اللفظية بطريقة منظمة وكذلك تلك المستوعبة حول البيئة والنجاح على هذا الاختبار الفرعي غالباً ما يشير إلى توجه تحصيلي مرتفع، وإلى المزايا المكتسبة

من التعليم المبكر والإثارة العقلية والقدرة على السيطرة على القلق يشار إليها أيضاً بواسطة الدرجة المرتفعة.

لأن الحقائق المتعلمة يجب إدماجها في إطار الوظيفة الشخصية للمفحـوص، هذا الدمج يمكن المفحوص من تذكر الحقائق والتعبير عنها.

الفهم:

يعكس هذا الاختبار الفرعي القدرة على استخدام الحكم العملي والتفكير حسب الفهم العام، وتتضمن الدرجات العالية أن المفحوص ينجح في أن يتعامل بطريقـة مريحة مع ما يحيط به حتى بدون تعرض دراسي رسمي، وتقدير واستدعاء هـذه المعلومات العملية المستخدمة في علاقتها بالحكم السليم الحدسي، كذلك فإن الاختبار الفرعي يتطلب حساسية لفهم أخلاقي تقليدي.

من المفيد للطالب تقويم درجات المعلومات والفهم معاً، والفرق في الـدرجات يشير إلى احتمالات تشخيصية معينة، ودرجة المعلومات العالية والمنخفـضة فـي الفهم تشير إلى تأثير القلق والذي يقوض أثر التعليم المنظم، هـذا التـأثير للقلـق يتضمن أيضاً ارتفاع مستوى الكبت بحيث يعاق الاحتفاظ بالمعلومات والتعبير عنها وبذلك يمكن اقتراح مضامين هستيرية وسيكوباتية للتشخيص كما تقترحـه درجـة المعلومات الضعيفة ودرجة الفهم المرتفعة معاً.

الحساب:

هذا الاختبار الفرعي يعكس القدرة على التركيز على تركيز المـرء، وبـذلك يكشف عن التنبيه الفعلي والنجاح في هذه المهمة يرتبط بمعرفة العمليات النوعيـة المتضمنة والقدرة على حل المشكلات، والمفحوصون الذين يفتقرون إلـى طريقـة حل المشكلات ثقافياً في هذا الاختبار الفرعي قد يجد صـعوبة فيـه، والاختبـار الفرعي الحسابي حساس بوجه خاص لأثـر القلـق، وكثيـراً مـا تتنـاقض مـع التشخيصات التي تشمل الهستيريا أو المشكلات المرضـية الأخـرى المتـضمنة الرغبات والدفعات.

أوجه الشبه:

يشمل هذا الاختبار الفرعي القدرة على تكوين مفـاهيم، والتفكيـر المجـرد، والتقييم وإقامة العلاقات بين العناصر المختلفة للبيئة، ومستوى تكون المفهوم لـدى المفحوص، سواء الملموس، أو الوظيفي، أو المجرد، مهم عنـد تقـويم الوظيفـة العقلية، أو التجريدية ولذلك أهمية عند تقويم الوظيفة والإمكانيات العقلية، في حـين

أن الاختبارات الفرعية للمعلومات والمفردات تشمل حقائق محددة تشير إلى أن المفحوص يعرف ويستطيع التعبير، والاختبار الفرعي لأوجه الشبه يشمل العلاقات بين الحقائق، وبالتالي تتطلب جانب مختلف للذكاء.

والمرضى ذوو الضرر العضوي كثيراً ما يعجزون عن إنتاج تصميم مناسب وتصور نظري لازم للنجاح في مهمته، ونتيجة هذا التشخيص هو أن الإجابات على فقرات أوجه الشبه تحدث على مستوى ملموس أكبر، مما يعكس فقدان القدرة على التصور النظري، وأحياناً فإن المفحوصين يزودون فروقاً بدلاً من أوجه الشبه بين العناصر، وهذا قد يتطابق مع العناصر المتضادة في الشخصية أو المعارضة.

النطاق العشري Digit Span:

هذا الاختبار الفرعي مبني على الحفظ عن ظهر قلب، واستدعاء عناصر موقف معين، والنجاح في هذا الاختبار الفرعي يعكس قدرة على الانتباه وعلى السيطرة على القلق، ولا تعتمد النتائج على التحصيل والنجاح الشامل في التدريب التعليمي. والفرق في الأداء بين ذكر الأرقام العشرية بطريقة متسلسلة للأرقام وعكسياً تعكس النجاح العام للمفحوص في السيطرة على القلق، وهذا الفرق يكشف أيضاً عن جمود لدى المفحوص مقابل مرونته، بسبب الاضطرار إلى تغيير طريقة العمل.

وعندما تكون درجات الحساب على الاختبار الفرعي عالية، والنطاق العشري درجته منخفضة، يشير ذلك إلى اتجاه اكتئابي، لأن عناصر الانتباه المرتبطة بالنطاق العشري قد تتضرر بواسطة انشغالات متعلقة بالمزاج ويمكن الاحتفاظ بالتركيز في القدرة الحسابية، والخبرات الماضية المرتبطة بعمليات الاختبار الفرعي للحساب يسهل هذا التركيز على النقيض عندما يكون النطاق العشري درجته مرتفعة ودرجة الحساب منخفضة قد تشمل المضامين التشخيصية أعراض فصامية أو وسواسية لأن قمع القلق في التشخيصات الفصامية والوسواسية تساعد القدرة على الاهتمام بسياق فهمه والحفظ عن ظهر قلب لاختبار النطاق العشري الفرعي.

المفردات Vocabulary:

هذا الاختبار الفرعي يرتبط ارتباطاً عالياً بمعدل الذكاء العام، خاصة عندما يكون للمفحوص تعرض كبير لإثارة لفظية، والدرجات المنخفضة في المفردات تشير بصفة عامة إلى قصور في التعرض التعليمي أو في الدافعية لاستيعاب المادة المعروضة في بيئة تعليمية، والدرجات المنخفضة قد تشير أيضاً إلى تشخيصات

منها يكون الكبت منتشراً والميول نحو أداء الوظائف الملموسة بقدرة تجريد ضعيفة قد تقلل من الأداء على الاختبار الفرعي للمفردات والدرجات الأكثر انخفاضاً على المفردات قد تعكس مؤثرات ثقافية مختلفة للغاية، ويحتاج الأخصائي النفسي لتحليل فقرات معينة لتحديد مستوى التصور النظري ونوعية الاستجابة والدرجات الأقل قد تكشف تشخيصاً عن تأثير القلق بسبب آثاره على الذاكرة ودقة التعريف، والدرجة العالية على هذا الاختبار الفرعي قد تعكس طموح وسعي تعليمي ووجود مدى عريض من الأفكار والمهارات النظرية، لأن الإجابات عالية المستوى تتطلب قدرة أكبر على التفكير المجرد.

وهكذا فإن الاختبارات الفرعية اللفظية لاختبار الذكاء تزود عينة من المتغيرات المعرفية ومتغيرات الشخصية، بما فيها تصريف القلق، والانتباه، والتركيز، والتجريد، والتحصيل، والقدرة على التعلم في بيئة تعليمية، والتعرض للإثارة، والحكم، والذاكرة، والمرونة، والتفكير العملي السائد، والتصور النظري وكذلك إقامة علاقات.

الاختبارات الفرعية للأداء (مقاييس وكسلر)
Performance Subtest (Wechsler Scales)

الرمز العشري Digit Symbol:

يشمل هذا الاختبار الفرعي القدرة على تعلم مواد جديدة بسهولة، وبكفاءة، ويتطلب الانتباه والتركيز في سياق السرعة مع التناسق البصري/ الحركي، وبالتالي فإن هذا الاختبار الفرعي مهم عند تقييم القدرة على تعلم جديدة والمبادرة عندما تكون السرعة مناسبة، هذه الشروط والمتطلبات تجعل الاختبار الفرعي بوجه خاص في تقييم الأضرار العضوية وتوضيح مشكلات العجز، وعند تقويم مشكلات التشخيص هذه، من المفيد ملاحظة دقة إنتاج الرموز لتحديد علامات تشوهات الإدراك وللسبب نفسه، يجب ملاحظة السلوك العكسي، ولأن السرعة، والدقة، والقدرة على تعلم ارتباطات جديدة لازمة للنجاح في الاختبار الفرعي لأنه حساس للظواهر الاكتئابية وكذلك الخلط المرتبط بالفصام.

إكمال الصورة Picture Completion:

يشمل هذا الاختبار الفرعي القدرة على التركيز على التفاصيل من أجل التمييز بين الجوانب الجوهرية وغير الجوهرية لموقف ما، والمهارات النظرية والإدراكية مطلوبة لتمكن المفحوص من تنظيم الصورة المعروضة ومقارنتها

بالمعرفة الداخلية للمفحوص، والأفكار البارانوية قد تتدخل في النجاح على هذه المهمة بسبب الاهتمام الزائد بالتفاصيل غير ذات الصلة والتركيز على الدوافع الشخصية للناس في الصورة، ويحدث التدخل أيضاً مع الشخصيات الوسواسية بسبب الميل إلى التركيز المفرط على التفاصيل العديدة بدلاً من التركيز على تلك المحورية بالموقف.

تصميم المكعبات Block Design:

يتطلب هذا الاختبار الفرعي توفر قدرة على التجريد وتكوين المفهوم مع التخطيط، والتحكم، والتحليل البصري، ومهارات التناسق البصري/ الحركي، والمرضى ذوو تشخيص الفصام، والأضرار العضوية، والقلق الشديد أو الاكتئاب قد يجدون صعوبة خاصة في أداء هذا الاختبار الفرعي ذي الوقت المحدد للإجابة.

ترتيب الصور Picture Arrangement:

إن المعرفة بالعلاقات بين الأشخاص مطلوبة، مع مهارات التخطيط والحكم وتنظيم الإدراك في هذا الاختبار الفرعي، والقدرة على الاستبصار في العلاقات الشخصية وتصور الموقف ضروري أيضاً، ويمكن مقارنة نتائج هذا الاختبار الفرعي بالاختبار الفرعي للفهم في ضوء المضامين التشخيصية ودرجة ترتيب الصورة المرتفعة ودرجة الفهم المنخفضة قد تشير إلى اتجاه سيكوباتي. ينتج ذلك عن أن الاختبار الفرعي لترتيب الصورة يتطلب استبصاراً سريعاً في المعالجة الشخصية، يليها العمل الحركي السريع، والنقص المقابل في القدرة على التمييز من الأحكام الأخلاقية والاجتماعية الدقيقة والعفوية على الاندفاعية قد تقلل الدرجات على الاختبار الفرعي للفهم.

تجميع الشيء Object Assembly:

يشمل هذا الاختبار الفرعي قدرات التناسق الحركي عقب التحليل البصري، وتطور تصور نظري شامل للأشياء المألوفة، وسهولة العلاقات المكانية والقدرة على الاستيعاب السريع للموقف والعمل بطريقة فعالة لازمة أيضاً للنجاح، إذا كانت نتائج هذا الاختبار الفرعي يمكن مقارنتها بنتائج تصميم المكعبات، وسهولة الاستخدام الملموس في هذا الاختبار الفرعي، مقابل المنهج التجريدي المطلوب في تصميم المكعبات، والاختبار الفرعي لتجميع الشيء حساس للأشخاص ذوي درجة القلق العالية، والاكتئابية، أو في عملية فقدان الإحساس بالشخصية أو بالانقسام، لأنه يتطلب العمل بسرعة وبدقة، وكذلك التنظيم، والتناسق البصري/ الحركي من أجل النجاح، والمرضى الذي يعانون الاختلاط من الفصام أو الأضرار العضوية

غالباً ما يعانون من المهام في هذا الاختبار الفرعي بسبب صعوبة التعــرف علــى الشيء المطلوب تجميعه.

وبالتالي فإن الاختبارات الفرعية للأداء في مقاييس وكسلر للذكاء تزود عينات من المتغيرات المعرفية ومتغيرات الشخــصية بمــا فيهــا الــذاكرة، والتخطــيط، والتجريد، والتصور النظري، والحاجة للتركيب، والقدرة على تعلم مــادة جديــدة، وإدراك التفاصيل، والتحليل الإدراكي، والتناسق البصري/ الحركــي، والحــساسية للتفــاعلات الاجتماعيــة ولأن كــل الاختبــارات الفرعيــة لهــا حــدود زمنيــة للأداء، فإن الأداء الوظيفي للمفحوص بشأن السرعة قد ينتج إشارات إلــى تقــويم الاحتمالات التشخيصية.

الاستنتاج Conclusion

أشار هذا التحليل إلى المهارات المعرفية والعقلية التي يمكن أن تــرتبط بكــل المقاييس الفرعية على مقاييس وكسلر للذكاء، والقدرات الخاصة المرتبطــة بكــل اختبار فرعي يمكن استخدامها لمقارنة ومقابلة مختلف الاختبارات الفرعية من أجل الإشارة إلى نواحي القوة والضعف النسبية للمفحوص، وفــضلاً عــن المعلومــات المزودة بواسطة هذه المقارنات، يمكن دراسة الفروض التشخيصية بواسطة المقابلة بين درجات الاختبارات الفرعية، ولابد من ربط هذه الفروض بالمادة المستمدة من أدوات أخرى في بطارية الاختبارات حيثما أمكن، لضمان أن تكون وثيقة الــصلة ومدعمة بواسطة بيانات الاختبار الشامل.

والتأكيد على أسلوب الشخص في التعامل مع الفقرات اللفظية وفقــرات الأداء وهو الطريقة التي يتم بها التعامل مع القلق، ويستخدم السلوك المميز لإدارة القلــق المتولد عن طبيعة الاستفهام في مقاييس الذكاء، بالمثل فإن طبيعة ونوعية الإجابات على فقرات الاختبار تتأثر بشدة بمستوى القلق وطرق التعامل مع التوترات، وكما أوضحنا فإن نتائج اختبارات فرعية معينة تتأثر بالقلق أكثر من الأخرى.

وتتضمن الفصول من (٤ – ٧) إطار عمــل تحليلــي فيــه نــرى الــصورة المترابطة للتنظيم المعرفي والوظيفة العقلية، هذه الصورة تمكننا من التعرف علــى قدرات الأنا مثل الدمج، والتركيب، وأداء الوظائف الآلية وكذلك التجديد الأضــيق لطبيعة الذكاء، وإجراء تحليلات لنواحي القوة والضعف المعرفية لدى الفرد.

وطوال هذه الفصول تم التأكيد على تأثير القلق والتوتر علــى أداء المــريض

لوظائفه في موقف الاختبار، وعلى اختبار الذكاء بوجه خاص، هذا المتغير المهم للقلق من حيث وجوده، وطبيعته وطرق تصريفه وإدارته –تلعب دوراً أساسياً في فهم البنية الأساسية للشخصية– ولأن أثر القلق على الشخصية مهم جداً، فإن تحليل طبيعة القلق هو الجزء التالي المميز في تقرير الاختبار وإطار عمل تقرير عن هذا التحليل موجود في الفصل التالي.

ملخص Summary

في الفصلين السابقين تناولنا تحليل كتابة تقرير عن اختبار الذكاء في التقرير النفسي التشخيصي وناقشنا الحاجة إلى عرض للمدى الذي يندرج فيه مستوى الذكاء، ونسبته المئوية وتقدير المستوى الأمثل للوظيفة فضلاً عن معدل الذكاء I.Q. كما عرضنا طرق تحليل وكتابة تقرير عن التناقضات بين المجالات اللفظية ومجالات الأداء للوظيفة العقلية ونظمنا مجموعات الاختبارات الفرعية لمقارنة هذه التجمعات مع بعضها بعضاً، كما حددنا القدرات العقلية والمعرفية لكل اختبار فرعي وتم ربطها بالفروض التشخيصية المتعلقة بنتائج خاصة.

٨

الفصل الثامن
طبيعة القلق

الفصل الثامن

طبيعة القلق

The Nature Of Anxiety

خبرة المريض للقلق

The Patients Experience Of Anxiety

سواء كان المريض على وعي بالقلق الذي يعانيه أم لا، فإن آثار التوتر تؤثر دائماً على سلوكه، هذه التأثيرات للقلق قد تظهر أولاً في ردود فعل الشخص لآثار مزعجة ومستنزفة لهذا القلق، في مثل هذه الظروف قد تتدخل خبرة القلق في جهود المريض لتنظيم نواحي القوة والمعرفية والعقلية لديه، لذا من المهم كتابة تقرير عن التأثيرات المزعجة للقلق عند وجودها.

والفشل في الأداء أو القدرة الناقصة لأداء الوظائف في المجالات المعرفية والعقلية الناتجة عن الإدارة الضعيفة للقلق مهم عند التحليل وكتابة التقرير، مع تأثير هذا الانخفاض في قدرة المريض على مواجهة التوترات والكرب النفسي، في هذا الصدد، فإن قدرة المريض على التعامل مع الظروف المحيطة ذات أهمية كبيرة.

والقلق الذي يعوق الأداء والضغوط الإضافية التي تنتج عن الفشل يمكن أن تثير ردود فعل مختلفة، مثلاً قد ينسحب المريض من المهمة أو يصبح صامتاً، غير متعاون، من ناحية أخرى قد يواصل المهمة لكن يصبح مثبطاً أو مكتئبًا بشكل واضح، وثمة رد فعل آخر للقلق قد يكون التركيز على مجالات القدرة التي تعوض الأداء الضعيف في مجالات أخرى، وقد يتعرض الاختبار أو غرضه، أو القائم بالاختبار بل حتى الجهة التي أحالت المريض للنقد في محاولة لاسترداد الإحساس بالقيمة الذاتية في مواجهة القلق.

هذا العرض الجزئي لأمثلة الطرق سيئة التكيف للتعامل مع الضغوط والفشل تعكس خصائص الشخصية الواجب كتابة تقرير عنها، لأنها قد ترتبط بطرق التعامل للمريض إجمالاً.

وتكشف ردود الفعل هذه كيف يتوقع أن يتصرف الشخص عندما يعاني

الكرب النفسي والقلق الذي يصاحب فقدان الأمن والإشارة إلى طريق تعامل الفـرد مع الفشل الناتج عن القلق والعجز عن أداء الوظائف بالمستوى الأمثل والنتائج التي ذكرت بشأن تأثيرات القلق تشير إلى مشكلة مهمة لمن يستخدمون التقرير، وتشمل هذه المشكلة الصعوبة التي يواجهها المريض في التعامل مع، وتنظيم وإدارة القلـق والتي تحدث استجابة لتحديات المعيشة، والصعوبة في إدارة القلق قد تتعلق كثيـراً بالسلوك المشكل أو الخبرة التي أحضرت المريض للتقويم، مثلاً التوتر فـي قـدرة المريض على التنظيم والإدارة البناءة للقلق قد يشمل ردود فعل مريـضة تـساهم أيضاً في مشكلات الاكتئاب، والانسحاب، والكف للجهود، والفشل الدراسي وفقدان الوظيفة، وتطور انفجارات عدوانية، وسلوك التعلق أو السلبية.

وهناك جوانب عديدة أخرى للدور وطبيعة القلق ضرورية لتحليـل التقريـر، مثلاً طرق الشعور بالقلق والتعبير عنه، هذه الجوانب المهمة لوظيفـة الشخـصية ضرورية لضمها في دراسة مترابطة للمفحوص عن طريق الاختبار النفسي.

الدور المحوري للقلق في التقويم النفسي التشخيصي

The Control Role Of Anxiety in Psychoanalysis Evaluation

تتكون شبكة معقدة ومتحولة للغاية في عملية الشعور بالقلق وعـدم الراحـة، وأخيراً عندما تظهر المشكلة على السطح وتبدأ تـسبب تـوتراً واختلاطـاً، فـإن المشتركين في عملية الإحالة بل حتى الأخصائي النفسي المطبق للاختبـار، حتمـا يشعرون بإحساس الإلحاحية، واليأس، عند إنتاج التقرير، هذه التوقعات والأنـشطة لن تحل المشكلة، لكن بدلاً من ذلك تصبح مشكلة في ذاتها.

ويجب أن يدرك الأخصائي النفسي أن كل فرد تقريباً يرتبط بالمريض متـوتر وليس لديه معلومات واضحة حول مشكلات المريض، ولتوضيح طبيعة التـوترات والخلط الذي يصاحب عملية الإحالة، يجب على الأخصائي النفسي التركيز علـى طبيعة قلق المفحوص دون أن يتأثر به.

والقلق له أهمية كبرى لأنه قد يضر بالعمل، والعلاقات وسائر أنشطة الفـرد الحيوية، وتوجد ثلاث طرق عامة يمكن فيها التعامل مع القلق من جانب المهنيـين وليتم تحليل القلق، يمكن تقويم الاحتمالات التالية:

- هل يعاني المريض القلق شعورياً؟
- هل يعبر المريض عن القلق؟
- هل يعبر المريض عن القلق جسمانياً؟

هل يعاني المريض من القلق شعورياً؟

Is The Anxiety Consciously Experienced?

إن مسألة هل يعاني المريض من القلق شعورياً يتعلق بـــرد فعـــل المـــريض لسلوكه وشخصيته، وسماتها، هل رد فعل المريض يتعلق بالقبول، أو هـــل ينظـــر لسمات الشخصية على أنها أجنبية؟ عندما يدرك المريض سلوكه أو سماته بطريقة متقبلة أو ضارة، نعتبره متمركزاً حول ذاته، ولا يشعر بقلق خاص، مـــن ناحيـــة أخرى عندما يدرك الشخص صفاته الشخصية على أنها أجنبية عنه أو غير عادية، يعتبرها غريبة عن الأنا، والطبيعة الغريبة عن الأنا للتوتر يولد عدم راحة ويـــؤدي إلى درجات قلق مختلفة.

وفي التقرير من المفيد للأخصائي النفسي أن يوصل مدى شـــعور المـــريض بالقلق، إن وجد، إذا كان المريض يشعر بالقلق بالفعل، من المفيد لأقـــصى درجـــة تحديد خصائص أدائه الوظيفي لمعالجة القلق، يعنـــي ذلـــك أن المـــريض يخبـــر أعراضه على أنها مسببة للكرب، ويعترف بها على أنها مشكلة.

وتوجد قضية محورية هنا هي ربط طبيعة قلق المريض بصراعاته الشخصية الكامنة، هذه الصراعات بين السيطرة والدفعات تؤثر على سلامة أنـــا الـــشخص، والدفعات، والسيطرة التي تظهر طوال بيانات الاختبار، هذا الجـــزء مـــن تقريـــر الأخصائي النفسي ينظم هذه العناصر في شكل عبارات محددة حول حالة القلق لدى المريض، مثلاً إذا ظهرت مؤشرات القلق بوفرة في بيانات الاختبـــار الإســـقاطي، يجب أن يشير الأخصائي النفسي إلى أن المريض يعاني من القلق.

بجانب هذا التحليل لخبرة المريض للقلق يـــربط الأخـــصائي النفـــسي بـــين المعلومات المتعلقة بطبيعة استجابة المريض لهذا القلق بواسطة الإشارة إلى كيـــف يتعامل معه، ومن المفيد مناقشة كيف يتم إدارة القلق في ضوء ما إذا كان يواجهـــه بطريقة سلبية أو بإثارة الخيال، أو يؤدي لنوع مـــن النـــشاط، والمرضـــى الـــذين يعبرون عن اعتمادية غير مشبعة، مثلاً قد يظهرون أشكالاً مختلفـــة مـــن ســـلوك الغضب كاستجابة لهذا الإحباط، من ناحية أخرى قـــد يـــصاب بعـــض المرضـــى بالرعب حول حاجاتهم الاعتمادية لذا يصبحوا مكبوتين، معـــزولين، أو منـــسحبين وبالتالي فإن المريض الذي يعاني القلق شعورياً قد ينجرف إلى سلوك عـــدواني أو سلبي، أو استجابة مشلولة، قد تظهر كرد فعل محتمل آخر.

والاحتمالات الأخرى المتعلقة بالتعامل مع القلق الذي يعانيه المريض شعورياً

تشمل مجموعة استجابات فوبياوية، تتطور في محاولة لتجنب الخبرة بالقلق التي تسبب كرباً نفسياً، إذ لم يستطع المريض تصريف القلق قد يتطور إحساس بالذعر مستمر وكثيف لكن غير محذر وفترات الشعور بالقلق المنتشر قد يغطيها استخدام أفكار وسواسية أو أنشطة تشبه الطقوس.

والأمثلة التي يوردها الأخصائي النفسي بشأن تعامل المريض مع القلق تشير إلى الاحتمالات التشخيصية.

المضامين التشخيصية للقلق الذي يعانيه المريض

Diagnostic Implication with Experienced Anxiety

عند كتابة هذا الجزء من التقرير بطريقة تزود مضموناً تشخيصاً، قد يستطيع الأخصائي النفسي التمييز بين مشكلات الشخصية والمشكلات العصابية، عندما يكون السلوك متناغم مع الأنا Ego- Syntonic، أي عندما لا تسبب المشكلة السلوكية لدى المريض كرباً نفسياً شخصياً يمكن الوصول للانطباع التشخيصي لاضطراب الشخصية من ناحية أخرى عندما تكون مشكلة السلوك غريبة عن الأنا، فإن القلق الشديد الناتج يتفق مع تشخيص في المدى العصابي، عندما يتطور القلق من مخاوف مرتبطة بفقدان سلامة الأنا، فإن الخبرة الغريبة عن الأنا قد تشير إلى احتمالية ظهور انقسام ذهاني في الشخصية.

وطبيعة قلق المريض والميكانيزمات المستخدمة للتعامل معه، والسلوك الغريب أو المنسجم مع الأنا والسمات المرتبطة بالقلق كلها يمكن أن تلعب دوراً في تطوير انطباع تشخيصي، وعند تفصيل تقلبات الأنا في التقرير، يكون هناك مدى تشخيصي معين وبالتالي تمهد الساحة لاتخاذ خطوات تالية منطقية للقيام بالمزيد من التحليل المكثف للصراعات المهمة لدى المريض.

هل يتم التعبير عن القلق؟

Is The Anxiety Acted Out?

هذه المسألة في غاية الأهمية لفهم السلوك المشكل بسبب العديد من الصور الدقيقة الذي يتخذه، وعلاقتها بالصراعات المهمة، واستخدامه واسع النطاق كنمط للتعامل مع القلق، والمريض الذي يعبر عن القلق لا يعاني من القلق شعورياً، أساساً لأن الفعل هو بديل للقلق والإحباط المصاحب الغير ممكن احتماله.

والتعبير عن القلق عادة يعترف بأنه بديل سلوكي للصراع، بمعنى أن المريض ذي مشكلة سلوكية لم يحقق الاستبصار في الصراع المهم ولذا كان عاجزاً عن السيطرة على، واحتواء، أو تحمل الإحباط والمتولد عنه، هذا المريض إذاً من غير المتوقع أن يكون في موقف يبدأ فيه التركيز على، أو التعامل مع الصراعات، لأن الظهور في الشعور لأي جانب من الصراع سيثير قلقاً ناتجاً عن الانطلاق المباشر إلى الفعل، وبدلاً من التفكير في المشكلة، فإن المريض ينغمس في العمل لتحرير نفسه من القلق.

وسلوك إظهار القلق قد يكون له خصائص مهمة للتقييم والتقرير عنها، لذا قد يفيد التخلص من القلق أو تجنبه، والذي فيه قد تكون شخصية المريض من النوع الذي يخرج القلق، هذا الشخص يكون إلى حد كبير موجه نحو الفعل، وغير تأملي، وعاجز عن احتمال الإحباط في أي صورة، من ناحية أخرى فإن سلوك إظهار القلق قد يفيد فقط في خفض القلق، لا القضاء عليه تماماً، في هذه الحالة فإن الوسائل الإضافية للتعامل مع القلق قد يتم استخدامها وسلوك إخراج القلق يلعب دوراً مهماً لكنه ليس حاسماً.

عندما ينخفض القلق جزئياً قد يظهر في هذه الحالة في صورة مخدرة إلى حد ما، هذا القلق مثلاً قد يؤدي إلى استخدام أفكار وسواسية أو تصرفات قهرية تشارك بقدر كبير في إخراج القلق، وفي ظل هذه الظروف فإنه يمكن تحمل القلق، لكن سرعان ما تثير تسلسل الأفكار أو الأفعال الذي تقيد انتشار وزيادة كثافة القلق، وكخاصية لسلوك إخراج القلق فإن تسلسل الأفكار والسلوك الموصوف في هذا المقال يكون له استمرارية مع طبيعة القلق والصراع الجاري تجنبه، هذا الاستمرار قد يكشف عنه رمزياً بواسطة فحص سمات تسلسل سلوك إخراج القلق، والأفكار الوسواسية المتعلقة بمنع الخطر قد تعكس تجنب مضني للقلق المرتبط بالدوافع العدوانية والاستمناء القهري كصورة للتعبير عن القلق قد يخفض من بداية القلق الجنسي ويقضي على التطور المحتمل للمزيد من القلق الشديد المتعلق بالعلاقات بين الأشخاص.

وهكذا فإن الأخصائي النفسي يمكنه كتابة تقرير عن النتائج حول طبيعة قلق المريض، من المهم أيضاً التقرير عن الجهود التي تمت لتجنب معاناة القلق، ومدى خدمة إظهار القلق ذلك الغرض، والحاجة، إن وجدت لطرف أخرى للتعامل مع القلق، ودرجة معاناة القلق، مقابل مدى معالجة المريض له أو تجنبه.

تجنب القلق

Avoidance Of Anxiety

إن تجنب القلق وهو من العلامات المميزة لسلوك إظهار القلق يؤثر على قدرة المريض على تعلم المهارات العقلية والمعرفية وإتقانها، وطريقة إظهار القلق لا تتيح التأمل أثناء الفترات التي فيها يحدث القلق والإحباط، نتيجة لذلك لا يمكن أن يتم التعلم في المواقف التي تثير الشعور بعدم الراحة والفشل المقابل في الاستفادة من الخبرات وصعوبة استمرار التفكير في المهام يتطلب التأمل والتنظيم الذي يسفران عن نفسيهما في مختلف مؤشرات الاختبار. مثلاً قد يُشاهد أضرار في الإجابة على فقرات اختبار الذكاء والتي تتطلب تفكيراً مستمراً، وتطبيق تعلم تم في الماضي ويتم استيعاب فقرات الأداء بفاعلية أكبر لأن هذه المهام كثيراً ما تفيد من كل نشاط للمريض، والإجابات الاندفاعية السريعة باستمرار غير التأملية تميز نوع الشخص الذي يخرج لقلقه للخارج، قد تظهر هذه الخصائص في طريقة الإجابة وكذلك في محتوى القصص الإسقاطية، والمادة الجرافيكية، وطوال المادة الإسقاطية فإن مؤشرات توجه الفعل، وعدم النضج، والتحمل القليل للإحباط، والحد الأدنى من القدرة على الاحتواء أو التنظيم للقلق يشير إلى بروفايل إظهار القلق.

وعند كتابة تقرير عن النتائج من هذا النوع يستطيع الأخصائي النفسي معالجة قضية إظهار القلق كوسيلة يستخدمها المريض لتجنب مشاعر عدم الراحة بسبب القلق والإحباط، وتوجه الفعل يمكن أن يرتبط بالتعامل غير الملائم من المريض مع المشكلات المعرفية والعقلية، ومن المهم تفصيل مدى وجود سلوك إخراج القلق يجب أن يحدد ويفسر، ويجب جذب الانتباه للمجالات داخل الشخصية التي فيها يمكن تحمل القلق، وكيف تختلف عن المجالات المرتبطة مباشرة بإخراج القلق، ومدى إظهار المريض لفهم وتقدير نتائج السلوك مفيد لأقصى درجة في التقويم وقد يكون مؤشراً تشخيصياً مهماً.

المضامين التشخيصية لإخراج القلق

Diagnostic Implications with Anxiety A acting-out

عندما يظهر طريق إخراج القلق مع الاستجابات على المادة الإسقاطية التي تعكس الاعتبارات المحدودة للضمير، وسمات الأنا، والأنا غير المتطورة، والانتهازية، والرغبة السحرية، فإن اضطراب سمات الشخصية مثل اضطراب الشخصية السيكوباتية يمكن التفكير فيه، والإجابات تشير إلى التخلي عن المسئولية

عن السلوك المشكل والقدرة المحدودة على الشعور بعدم الراحة عن سلوك الفرد يشير إلى مضمون تشخيصي مشابه، مثلاً القصص التي فيها عدوان تدميري تخرج بوصفها إجابات عادلة نزيهة مما يعكس إخراج للعدوان يتفق مع المنهج المميز الذي فيه قلق محدود حول السلوك العدواني أو إثارة على الآخرين.

حتى عندما لا يتم التعبير عن قلق المريض خارجياً، لكنه يرتبط بسمات شخصية المريض، من المتوقع أن يكون التشخيص في مجموعة اضطراب الشخصية، مثلاً عندما يخبر شخص فصاماً في الشخصية على المشاركة في موقف اختبار، قد يشعر بقلق شديد أو حتى غضب شديد لاستخدامه سماته الفصامانية، أي الانعزالية ولا يزود إلا الحد الأدنى من الاستجابات، وعندما يطلب من شخص سلبي/ عدواني الأداء، فسيتجنب خبرة القلق باستخدام السلبية، والامتناع العدواني، ويؤخر الاستجابات، وهكذا فإن الشخص ذي اضطراب الشخصية قد لا يكون من يظهر قلقه خارجياً، لكن رغم سلوكه يكون متفقاً مع أناه، ولديه قدرة قليلة على معاناة القلق أو احتمال الإحباط.

ومن الناحية التشخيصية فإن القبول للسلوك التدميري أو غير المناسب اجتماعياً قد يفيد أحياناً كواجهة لعملية ذهانية مهمة، والقلق الذي يتم درؤه أو صده عن طريق التعبير عن القلق يمنع المشاركة في العلاقات الشخصية الذي قد يهدد سهولة التعرض للذهان لدى المريض.

وثمة جانب تشخيصي مهم آخر يتعلق بالمريض الذي يعاني من بعض القلق، حتى رغم ميله لرؤية إسهاماته في مواجهة صعوباته في منظور متوافق مع الأنا إلى حد كبير ويكون بوضوح في مدى اضطرابات الشخصية.

والأسلوب المميز للمريض عادة لم يعد يمكن من صد القلق عن طريق إلقاء المسئولية على الآخرين، وعندما تفشل هذه الطريقة، يعاني القلق الذي يحفز الفرد للبحث عن العلاج، ثم يمكن إحالة المريض حينئذ للاختبار النفسي للمساعدة في تقويم أهمية القلق.

هل يتم التعبير عن القلق جسمانيا؟

Is The Anxiety Somatized?

من الطرق التي تسبب كرباً نفسياً شديد التي فيها يحاول المرضى إدارة القلق بدون أن يعانوا مباشرة تصريفه لجوانب من جسمه وأجزاء من جسمه، مثلاً أعضائه الداخلية.

وعينة الاستجابات طوال البيانات الخام ترتبط بصفة عامة بمحتوى الاختبارات للمستجيبين جسمياً بالغضب والسخط والشيء المهم هو ما يتعلق بأهمية طبيعة التعبير عن القلق جسمياً وخاصة انفعال الغضب وسلوكه المشتق منه المتعلق بالعدوان والمشاعر العدوانية أو في بعض الحالات بالنشاط الجنسي.

مضامين تشخيصية للقلق المعبر عنه جسمياً

Diagnostic Implications With Anxiety Somatized

إن المعبر عن قلقه جسمياً قد يعكس مجموعة متنوع من الاحتمالات التشخيصية، هذه الخاصية قد تظهر في سياق أي نوع من الشخصية- العصابية، المضطربين في الشخصية أو الذهانية، والمستوى الأولى من التقرير هو مناقشة إيجاد تعبير جسمي كوسيلة للتعامل مع القلق.

وعلى مستوى أعمق من التقرير، فإن الإشارة إلى النوع التشخيصي للشخص ذي المشكلة الجسمية يمكن مجادلتها، ومن المفضل كذلك تحديد ما إذا كان التشخيص في المجموعة العصابية، أو اضطراب الشخصية، أو الذهانية.

والمشكلة التشخيصية الصعبة التي تتطلب تحلي الأخصائي النفسي بخبرة عملية هي التمييز بين الأعراض الهستيرية التحولية والتعبير الجسمي عن القلق، والطريقة المفيدة لمعالجة هذه المشكلة هي أن نضع نصب أعيننا أن الأعراض التحولية، التي قد تتشابه مع الأعراض الجسمية، من المتوقع أن توجد في المادة التي تعكس تشخيص الهستيريا والمادة الداعمة للتشخيص بالهستيريا قد تشمل مثلاً غياب استجابات مفصلة مفرطة حول بقع الحبر، كذلك غياب التلاميذ في رسومات الأشكال، والقصص الإسقاطية التي تظهر تفكيراً سحرياً ودرجات الفهم عالي المستوى مع قلة درجات المعلومات على مقاييس وكسلر.

وبين بعض الأشخاص الفصامانيين، فإن أعراض الهستيريا التحولية تظهر أيضاً ضلالات تميز هذه الأعراض وتساعد على تحديد التشخيص، والأعراض الجسمية أو التحولية لدى الذهانيين أو الفصاميين ترتبط بصفة عامة بمشكلات تتعلق بسهولة تعرض الفرد وسلامته واحتمال تعرض شخصيته للانقسام في الأنا، في حالة التشخيص بالهستيريا فإن الأعراض التحولية يتوقع بدرجة كبيرة أن تمثل جهداً لإدارة القلق الناتج عن صراعات اللذة الجنسية، في هذا الصدد، فإن الأعراض الهستيرية تختلف أيضاً بدرجة ملحوظة عن الأعراض الجسمية المتوقع أكثر أن تنجم عن مشكلات عدوانية كبرى.

والاستجابات التي تشير إلى تبرير والتخلص من مسئولية السلوك المشكل والقدرة المحدودة على تحمل الشعور بعدم الراحة من سلوك المرء يشير إلى مضمون تشخيصي مشابه، مثلاً القصص التي فيها عدوان تدميري تبرر على أنها استجابات عادلة للتحرش مما يعكس طرح للعدوان يتفق مع طريق اضطراب الشخصية الذي فيه قلق قليل حول السلوك العدواني أو أثره على الآخرين.

حتى عندما لا يتم إظهار قلق المريض خارجياً لكن تكون مرتبطة بسمات شخصية المريض، فإن التشخيص المتوقع يكون في مدى اضطراب الشخصية، وهكذا من الواضح أن التشخيصات الفارقية التي يتم التفكير فيه بشأن وجود شكاوى جسمية يمكن تحليلها بطريقة فعالة بواسطة التركيز على سياق الشخصية الذي فيها تتجسد الأعراض.

مصادر القلق الشخصية

Sources of Anxiety in the Personality

كما يمكن أن نرى من المناقشة السابقة، فإن علاج القلق قد يتخذ صوراً عديداً مثلاً الأشخاص الذين يعانون القلق بسهولة عند مواجهته في ظروف جديدة مثل موقف الاختبار، ويمكن ملاحظة المريض أثناء تعامله مع مصدر التوتر بطرق عدة، بما فيها جهود مخصصة لحل المشكلة، وتصريف الدفعات، والاستجابات غير التأملية، والتجنب والانسحاب، وفقد شروط الاختبار أو الشكوى من اعتلال المشاعر.

وهكذا فإن القلق المتجمع عادة في المواقف الجديدة يمكن تحليلها في سياق تعامل المريض مع مطالب موقف الاختبار، هذا التعامل مع القلق يزود معلومات قيمة لكتابة تقرير الاختبار لأنه يعكس الاستجابة المميزة للشخص ويزود نموذجاً لردود فعله النمطية خارج موقف الاختبار.

وعلى مستوى أعمق، فإن الصراع من الجوانب المختلفة للشخصية، فإن الشكوك حول تقدير الذات، وصعوبات التعامل مع الدفعات الجنسية والعدوانية، والقلق حول ثبات الشخصية وسلامتها تعتبر مصادر مهمة للقلق وهو ما يحتاج للمزيد من البحث.

يتضح إذن أن ظاهرة القلق محورية سواء لأداء الفرد لوظائفه وعند تقييم الشخصية الشاملة وإدارة الفرد للقلق يرتبط بعملية الضوابط المعرفية، والقدرة على تحقيق المستويات الممكنة من الوظيفة العقلية، وتكوين الأعراض، والكرب النفسي

الذاتي. لهذه الأسباب من المهم مناقشة مظاهر القلق والسلوك المرتبط بالقلق في تقرير التشخيص النفسي.

وطوال هذا الفصل تمت إشارات عديدة إلى أهمية التركيز على مصدر القلق، ولوحظ أن التحليل الدقيق للقلق وفي الشخصية وفي الإجابات على الاختبار ستمكن من تحليل مشكلات الشخص على مستوى أعمق، والتركيز على الصراعات الأساسية والمشكلات التي يتولد عنها التوترات، وهذا المستوى الأساسي للاضطراب سنناقشه في الفصلين التاليين.

ملخص Summary :

تم دراسة دور القلق في أداء الشخصية لوظائفها في هذا الفصل من منظور خبرة المريض للكرب النفسي، والتأثير على القدرات المعرفية والعقلية، طرق إدارة القلق، ونوقشت طرق عديدة للتعامل مع القلق وربطت بالحالات التشخيصية والخبرة الشعورية للقلق، وإظهار القلق خارجياً، وجسمياً درس كوسيلة رئيسية للتكيف مع القلق.

٩

الفصل التاسع

الدفعة مقابل التحكم: تبدلات الدفعة وتقلباتها

الفصل التاسع
الدفعات مقابل السيطرة عليها
Impulse Vs Control

تقلبات الدوافع
The Vicissitudes of Impulse

إن توضيح مصدر القلق في شخصية المريض يشمل دراسة صراعات المريض المهمة، ولإلقاء الضوء على الصراعات الأساسية داخل الشخصية، من الضروري دراسة الدفعات التي تحاول التعبير عن نفسها مع جهود محاولة السيطرة عليها ومنع التعبير عنها والمعارضة الدينامية هذه تبلغ حد الصراع المستمر وإن كان قابلاً للتغير الذي ينعكس في وجود مظاهر، وطبيعة قلق المريض، لذا من المنطقي أن نخصص جزءاً في تقرير التشخيص النفسي يتعامل مع الدفعات مقابل السيطرة بعد تحليل القلق.

التفاعل بين الدفعات والضوابط

لدى الأفراد ذوي وظيفة الشخصية التكيفية، يحدث تقلبات طبيعية ومريحة نسبياً في التفاعل بين عوامل الدفعات والسيطرة هذا التفاعل يكون بصفة عامة مرناً وسلساً، حتى يمكن الحفاظ على حالة التوازن رغم التحولات التي تحدث، ومع تناقص الوظيفة الإيجابية يصبح التفاعل بين الدفعات والسيطرة أكثر شهوانية وجموداً وتقييداً، وقد تحدث سيطرة غير مرنة أو فقدان للسيطرة، وقد تنشأ مشاعر غير مستقرة وتتميز بالكرب النفسي في مستوى غير مريح ذاتياً للتوتر الذي يتطور.

والسلوك غير المناسب وغير التكيفي قد يتلو خبرة القلق المتولدة عن التحولات المربكة غير ممكن السيطرة عليها في تفاعل الدفعات والسيطرة، وبطريقة مشابهة فإن السلوك غير المناسب قد يبدأ في الحال ويمنع تطور التوتر الحادث إذ لم تحول الدفعات إلى فعل، والأنماط الجامدة من وظائف الشخصية تتطور ولا تناسب الظروف عند عدم الحفاظ على التوازن المرن بين الدفعات

والسيطرة. هذه الأنماط التكيفية تكيفاً ضعيفاً من التعامل مع الصراع الذي يظهر بين الدفعات والسيطرة قد يتخذ صورتين، قد يكون هناك تركيز مفرط على ميكانزيمات التحكم للشخصية، وقد يكون هناك تركيز مفرط على الدفعات، وبالتالي فإن نقطة الانطلاق من التفاعل المرن بين الدفعات والضوابط قد تنتج أساليب للشخصية يسودها السيطرة أو الدفعات.

أبعاد في تحليل الدفعات والضوابط

Dimensions in the Analysis of Impulses & Controls

إن تحليل الدفعات مقابل السيطرة قد يستمر على مستويات أو أبعاد عديدة يركز أحد المسويات على طبيعة التفاعل بين قوتين، مثلاً الآلية، التوازن، القابلية للتغيير، المرونة، الجمود، الثبات، والتكيفية، ومستوى آخر يعكس نضوج أو عدم نضوج متأصل في التفاعل بين قوى الدفعات مقابل قوى السيطرة، والمستوى الناضج للفرد يتيح وجود أنواع عديدة من السلوك التكيفي، والتي قد تشمل الاعتماد على التعبير اللفظي أو الكف المناسب للدفعات، من بين احتمالات أخرى، وثمة مستوى آخر في تحليل الدفعات مقابل السيطرة يشمل تحديد حدود السيطرة النسبية والمستمرة لجانب من التفاعل على الجانب الآخر يشمل هذا المستوى مناقشة سيطرة الدفعات على ميكانيزمات السيطرة أو سيطرة الضوابط على الدفعات، وطبيعة وظيفة الشخصية والمرض يُوضح على أنه مسيطر عليه بواسطة الدفعات أو أنه يميل نحو فرط التركيز على السيطرة في السيطرة.

ويستطيع الأخصائي النفسي أن يركز على الفرد محل الاختبار في ضوء سمات الدفعات أو السيطرة في وظيفة الشخصية، ووجود عدم توازن بين الدفعات والسيطرة وتوقع المريض لذلك، يكشف أن خبرة القلق وتطور الأعراض يرتبطان ارتباطاً معقداً بعدم التوازن، وتحليل طبيعة عدم التوازن هذا المتضمن في سبب القلق والأعراض المقابلة يكشف أيضاً عن أي مضامين تشخيصية متأصلة في الصراع.

وتماماً كما يتم دراسة الفرد الجاري تقويمه من منظور التفاعل بين الدفعات والسيطرة، يمكن ذلك تحليل الكثير من بيانات الاختبار، سواء في ضوء البروتوكول وبشأن الملاحظات السلوكية، ومن منظور عريض يمكن تجميع بيانات الاختبار إلى إجابات ترتبط بخصائص الدفعات بالشخصية وتلك المرتبطة بسمات السيطرة.

والتوازن الذي يسعى الفرد جاهداً لتحقيقه وكذلك التوازن الذي يحققه المريض في صراعه بين ميكانيزمات الدفعات والسيطرة يحدد الصفات الأساسية لشخصية المريض، وأدائه الوظيفي الاجتماعي والسلوكي، بالتالي فإن البعد المهم للبناء النفسي الأساسي للشخص يرتبط بمسألة الدفعات مقابل السيطرة ويعكس تقلباتها والميل السلوكي للفرد يكون أيضاً مبنياً على طبيعة العلاقة بين الدفعات والسيطرة، والميل السلوكي الطبيعي مهم بوجه خاص لأنه حتماً يرتبط بالمشكلة التي يحضر بها المريض أو بأنواع السلوك والأحداث التي حتمت الإحالة للاختبار.

وسيكون من المفيد عند هذه النقطة الوصف بطريقة أكثر دقة لجانب الدفعات في الشخصية ونتائج البروتوكول المرتبط وجوانب السيطرة في الشخصية معروضة في الفصل التالي، في الجزء التالي، سندرس خواص إضافية للدفعات مع تأثيرها على وظيفة الشخصية، تؤثر على المسائل مباشرة على قرار الأخصائي النفسي حول كيفية تحليل طبيعة الدفعات.

طبيعة الدفعات

The Nature Of Impulses

إن مهمة الأخصائي النفسي يتم تسهيلها في عملية تحليل البيانات عند دراسة الصفات المعقدة للدفعات، يمنح ذلك الأخصائي النفسي قصب السبق عند تقويم بروتوكول عينات الإجابة التي تكشف عن نشاط الدفعات في الشخصية والدفعات هي الميول الطبيعية الداخلية أو الحاجات التي يشعر المفحوص بها ملحة وتسعى للتعبير، والدفعات بالمعنى الحقيقي هي انفعالات نشطة وكذلك ظواهر إثارة غير منتظمة الشكل لنظام الحاجة في إطار العمل التشخيصي النفسي تحديداً، فإن الانفعالات النشطة التي عادة تدرس في فئة الدفعات هي الغضب، العدوان، المشاعر العدائية، واستجابات اللذة مثل النشاط الجنسي في نظرية التحليل النفسي، تعتبر هذه الدفعات من مشتقات تعبير الهو Id عن نفسه، ويتم التعبير عن الدفعات بطريقة تسبب مشاكل للفرد (أو لمن يتضرروا بها) عندما يحدث التعبير عن هذه الدفعات، أو عندما تتشوه السيطرة المفرطة أو تضر بالتعبير عن هذه الدفعات ولتوضيح مساهمة الدفعات في ظهور المرض النفسي، يجب دراسة المشكلات المرتبطة بالتعبير عن الدفعات فضلاً عن وظيفة الشخصية التي فيها تتوفر ضوابط أقوى حتى لا يتم التعبير عن الدفعات، لكنها مع ذلك تؤثر على الوظائف المعرفية والعقلية.

الدفعات وتوجه الفعل

Impulse & Action Orientation

من المفيد تحليل الشخص الموجه نحو الفعل من منظور الدفعات لأن هذا الطبع غير المسيطر عليه يشمل مجموعة أبعاد نفسية متضررة، مثلاً الشخص المثقل بالدفعات بوضوح من المتوقع أن يكشف عن تضرر في الحكم واحتمال الإحباط، كذلك فإن اختبار التفكير والواقع للأشخاص المثقلين بالدفعات من المتوقع أن يتسلل إلى مادة الخيال المتقلبة تعكس أنواع النتائج هذه الخاصية في الشخصية لدفعة معينة، خاصة بشأن تأثيرها على وظيفة المفحوص، ووجود استعداد للتعبير عن الدفعات والتغلب على السيطرة يصبح مهماً فقط عندما تترجم الدفعة بواسطة المفحوص إلى توجه نحو الفعل.

والظروف المختلفة جوهرياً تحدث عندما تنعكس الدفعات طوال البروتوكول لكن التوجه نحو الفعل غير ممثل، في مثل هذه الظروف يتضح الصراع بين الدفعة والسيطرة، لكن بسبب وجود ميكانيزمات سيطرة مهمة في وظيفة الشخصية، فإن الأضرار المرتبطة بموقف التعبير عن الدفعات لا تحدث، ويجب على الأخصائي النفسي كتابة تقرير عن الصراع بين الدفعة والسيطرة، وكذلك وجود ضوابط متناقضة مع التعبير عن الدفعة.

وعند مشاهدة العلامات الجوهرية للدفعات في بيانات الاختبار لكن لم يتم الإشارة إلى توجه العمل، يجب على الأخصائي النفسي تقويم الصراع الداخلي المفترض الموجود بين هذه الدفعات والضوابط، وعن طريق توضيح ضغوط الصراع، تكشف مناقشة الأخصائي النفسي عن مصادر مهمة للقلق، مثلاً وجود صراع نشط مكثف، والمصدر الثاني للقلق معتمد على طبيعة الدفعات والضوابط التي في صراع، مثلاً المشاعر العدوانية، الهوية النفسجنسية المختلفة أو مشكلة السيطرة قد تظهر كمصادر نوعية للقلق عقب تحليل الدفعات والضوابط في الصراع.

عندما تكون مؤشرات الدفعة في بروتوكول الاختبار وفيرة وعلامات التوجه نحو الفعل موجودة أيضاً، واحتمالية التعبير تكون عالية. في هذه الحالات فإن وجود خبرة القلق من المتوقع أن تنتقص كما نوقشت في الفصل السابق، فإن التعبير عن الدفعة يكون بدلاً لاحتمال القلق الذي يثار بواسطة عدم التعبير عنه، والمشكلة الرئيسية أمام الأخصائي النفسي في هذه الظروف هي تحديد ماذا

سيكون التعبير إذا كان ذلك تحت السيطرة بحيث يكون المفحوص من المتوقع أن يعاني القلق.

وهناك مناسبات عديدة فيه مصدر الإحالة، سواء كان مرشد مدرسي، أو طبيب نفسي، أو معالجاً، مرتبكاً بسبب الغياب اللافت للقلق في وجود سلوك مشكلة، لذا يقوم الأخصائي النفسي بوظيفة فعالية في تحليل أو التوصيل لمصدر الإحالة وطبيعتها ومعنى كلاً من التعبير عن المريض والقلق الجاري نجنبه.

الدفعة والمعرفة

Impulse & Cognition

وبخلاف تعبير المريض، تحدث صفات أخرى مع الفرد الذي تكون الضوابط لديه لا تزال غير كافية، والتعبير عن الدفعة يكون منخفضاً، لكن الوظائف المهمة رغم ذلك تتضرر تضرراً سلبياً، وبالتالي فإن الدفعات الملحة تظهر وتكون سمات السيطرة موجودة لكن ليست آمنة بما يكفي للتعامل وتنظيم هذه الدفعات بطريقة ملائمة في هذه الحالات، فإن الدفعات تقتحم وجدان الوظيفة المعرفية والفكرية للفرد، ويؤثر ذلك على التفكير، والحكم، والإدراك، وطبيعة الدفعة المعينة تكون عملية التفكير، وتقلل فاعلية الحكم، وتضرر بالعملية العقلية الفعالة، والدفعة المعنية يمكن أن تتحدد كثيراً بواسطة تحليل مظاهر اقتحاماتها في هذه الوظائف المنعكسة في بروتوكول الاختبار، مثلاً إذا كانت الإجابات على المادة الإسقاطية تكشف عن العراك، والميل للأعمال العدوانية، أو الجدال، من المتوقع أن التشوهات في التفكير، والحكم، أو الإدراك المنعكسة في عملية دفعة الغضب.

فضلاً عن ذلك فإن الحالة التي فيها دفعات ملحة والتي لم يتم التعبير عنها، والضوابط العاملة لا تكون متوفرة وعادة ما يصاحبها قلق، وتوتر، وهياج، وردود الفعل للتوتر هذه تتطور من التهديد لذلك لا تكون مرغوبة، وتظهر الدفعة صراحة، وينتج عنها معوقات إضافية لاستعمال القدرة العقلية بكفاءة وكذلك القدرة على الحكم، في هذه الظروف فإن قدرة الذاكرة والإدراك قد يفقدان الدقة أيضاً.

وعندما لا تكون الضوابط آمنة فإن التعبير عن الدفعات قد يؤثر بصورة متكررة على سلوك الفرد ويؤثر على الوظيفة المعرفية والعقلية، والمساعدة الحتمية القيمة للأخصائي النفسي كذلك تكون هي تحديد المعنى الدقيق للظواهر المرتبطة بأنواع عديدة من الدفعات والتي يمكن الآن تعريفها.

أنواع الدفعات
Types of Impulses

الغضب Anger

الغضب هو حلقة من سلسلة أحداث تبدأ بمشاعر، وتتطور خلال أفكار وأخيلة، وتنتهي بسلوك.

وقد يكون من المفيد تعريف الغضب على أنه انفعال، مشاعر عدوانية، كمكون رئيسي للخيال والاجترار، والعدوان كسلوك وعندما يحلل الأخصائي النفسي دفعة الغضب، يقوم بوصف مشاعر الغضب لدى المفحوص والإشارة إلى انفعال الغضب لدفعة تبحث عن التعبير، وبسبب أهمية هذه الاختلافات فإن تحليل طبيعة الغضب مطلوب حول ما إذا كان يظهر كانفعال أم لا، وهل يترجم إلى سلوك عدواني نحو موضوع موجود في الخيال أو مجتر Rumination أو سلوك غير مباشر، أو ما إذا كان التسلسل قد تم التخلي عنه، وبدلاً من ذلك يقفز مباشرة إلى شكل شكوك عدواني اندفاعي.

وبشأن الغضب تجد متصلاً بين المشاعر والانفعال والسلوك الصريح يمكن تصوره مع مجموعة أحداث على امتداد متصل يمثل كيف يمكن التعبير عن الغضب، أولاً يمكن الشعور بانفعال الغضب بواسطة الشخص، هذه الخبرة قد يتبعها اجترار وأخيلة ويمكن بناء سياق متسلسل لتغطية التعبيرات اللفظية العدوانية مثلاً التهكم والإهانات، هذا التسلسل لتحولات الغضب قد تنتهي في النهاية في شكل سلوك مدمر صريح.

وبعض الأفراد يتعاملون مع الغضب فقط على أحد طرفي المتصل حيث يعانون الغضب في غياب الفعل، مثلاً من المهم تحديد هذا الميل وأيضاً تحديد ميكانيزمات السيطرة التي تُستخدم، بالمثل، إذا مال الشخص إلى أن يكون على الطرف الآخر والذي فيه يترجم الغضب بسهولة إلى سلوك عدواني مدمر، يجب التقرير عن هذا الاتجاه أيضاً، وفي الحالة الأخيرة يجب تحديد المضامين حول احتمال التعبير عن الغضب والظروف المتحمل فيها حدوث ذلك تحد أيضاً.

والمشاعر العدوانية هي ظاهرة وسيطة بين خبرة الغضب والانفعال والتعبير الصريح عن الغضب في ضوء السلوك العدواني، والأشكال المتغايرة إكلينيكياً للعدوان عريضة مما يبين أهمية وضع تقرير دقيق عن نتائج هذا النوع والمعلومات الأولية عن العداوة، مثلاً قد تقتصر على مظهر الدفعة أو الغضب في الخيال والاجترار.

أيضاً قد تظهر العداوة نوعاً على أيدي المتصل في مظاهر سلوكية تقصر عن التعبير الصريح عن الغضب، والصورة الثانية من المشاعر العدائية تشمل استخدام التهكم Sarcasm والسخرية المصممة لتقليل حجم القلق لدى المفحوص، كما تخفيه التعبيرات اللفظية عن الغضب، وتوجد صورة ثالثة للتعبير عن المشاعر العدائية هي السلوك السلبي/ العدواني، والطريقة الميالة للشجار في العلاقات الشخصية أيضاً تعبر عن دفعة الغضب بطريقة مباشرة أكثر. والمرحلة النهائية في هذه السلسلة يتم الوصول إليها عند التعبير عن الغضب مباشرة.

كتابة التقرير عن دفعة الغضب

Reporting The Anger Impulse

إن مسلسل الغضب والمشاعر العدائية، العدوان يمكن الأخصائي النفسي من تزويد القارئ بتقرير مخطط عن تقلبات الدفعة والغضب، والمناقشة في التقرير يجب ان تشمل طريقة تأثير الدفعة وتغلغلها وأضرارها بالإدراك، والحكم، والخيال، وكذلك السلوك على النقيض، فإن مدى دمج الغضب بطريقة بناءة مع هذه الوظائف المتنوعة أيضاً يحتاج للتقييم. والصورة التي تظهر فيها الدفعة كمشاعر غضب، أو خيال عدائي، أو اجترار مع ميل نحو السلوك العدواني الصريح أو بدونه، أو التعبير مباشرة في شكل سلوك عدواني متعلق بالوضوح.

هذا النوع من التحليل يجب أن يشمل مناقشة دفعة الغضب في سياق القلق في الشخصية، عندما ينتج عن التعبير العدواني الصريح عن الغضب القلق لدى الفرد، ويقتصر ذلك على الإجابات غير المباشرة في تسلسلها، مثلاً التعبيرات اللفظية العدائية، والخيال، أو الاجترار قد يقلل من القلق نتيجة لتناقص إمكانية التعبير عن السلوك المدمر الصريح.

وهكذا فإن جزء من الإجابة الذي يميز المفحوص يعكس طبيعة القلق التي تثار بواسطة التعبير المحتمل عن الغضب، نتيجة لذلك فإن القول أن الغضب موجود غير كافي لكتابة تقرير عن دور الغضب في الشخصية، ويجب أن يتم التحليل عن تعامل المريض التقليدي مع الدفعة، والظروف التي في ظلها قد يحدث هذا التحول في السياق، وتحليل دور القلق في التعبير عن الغضب وقمعه هو مكون آخر أساسي من التقرير والمكون الثالث هو أثر دفعة الغضب على الإدراك، والمعرفة، والوظيفة العقلية ومدى دمج الدفعة بطريقة تكيفية. هذه النتائج مجتمعة تساهم في الفهم الدقيق للدور المعقد لدفعة الغضب في شخصية المريض.

وما أن يتم تحديد الجوانب العديدة للغضب، والمشاعر العدائية، والعدوان في وظيفة المفحوص في التقرير، يجب تحليل دور كل من هذه المكونات الأساسية للغضب في الميل السلوكي للمريض، وتنظيم القلق، مثلاً إذا كانت مؤشرات القلق في الرسومات، والإجابات على اختبار بقع الحبر، والروايات الإسقاطية تشير إلى مشاعر مكثفة بالغضب والسعي للتعبير عنه، يجب التنويه عن ذلك، إذا أدت هذه المحاولات لتنشيط السلوك العدواني، فإن مدى تصريف هذا السلوك يمكن اقتراحه.

وقد يتطلب التحليل أيضاً إشارة وإضافية إلى أن القلق ناجم عن احتمالات حدوث تعبير مباشر عن العدوانية مما يقيد الميل السلوكي لدى المفحوص للتعامل الصريح مع العداء، وخصائص الشخصية مثل الحط من قدر الآخرين، والمعارضة والعناد، قد يكون مظاهر للمشاعر العدائية الصريحة.

وأيضاً بشأن التقرير بعد مناقشة خبرة الغضب لدى الفرد، واحتمال التعبير عن المشاعر العدائية هو الميل للمشاركة في سلوك عدواني صريح، سيشمل ذلك دراسة القلق الذي يولده الميل، والضوابط الذي يمكن فرضها لتنظيمه، وكفاءتها، وبنائها، واحتمال التعبير عنها، وسواء كان ذلك محتملاً ومستمراً أو غير معتاد، لكنه مع ذلك متوقع، يمكن أن يوضح أيضاً.

الغضب ومشكلة سورة الغضب

Anger & The Special Problem of Rage

ثمة سمة مهمة بشأن الغضب كدفعة رئيسية في الشخصية هو سورة الغضب، وقد تحدث مشاعر سورة الغضب بلا توقع تماماً وقد تكون مكثفة بما يكفي لتهديد سلامة الأنا Ego integrity هذا التهديد للأنا يمكن أن يثير توتراً لأقصى حد في الشخصية ويشكل ضغطاً كبيراً على اختبار الواقع، واختبار الواقع يمكن أن يتأثر بطريقة سلبية مسبباً تدخل في الحكم والتخطيط. يجب إدراج هذه النتيجة في التقرير حتى يستطيع مصدر الإحالة التعامل مع هذه الاحتمالية، أي تضرر الأنا.

كذلك فإن سورة الغضب قد توجد ظرفاً فيه تكون الضوابط الداخلية غير ملائمة، وغياب السيطرة على الانفعالية الشديدة يزيد احتمالية التعبير الصريح عن السلوك المدمر، مرة أخرى نؤكد أن الأخصائي النفسي عليه أن يكون ينبه مصدر الإحالة بالإبلاغ عن احتمال أن يعبر المريض على سلوك تدميري، وعند وجود سورة غضب انفعالية والضوابط غير كافية، يتطور احتمال أيضاً ظهور سلوك

مدمر للذات والسلوك الانتحاري سيكون احتمالية متطرفة، ويجب الإبلاغ عنه على الفور، تكشف هـذه النتـائج مـرة أخـرى عـن الرعايـة الخاصـة الواجـب تخصيصها لتوصيل احتمال إخراج السلوك العـدواني عنـد مـشاهدة أعراضـها في بيانات الاختبار والعناصر الأساسية المنضمة في النظرة الشاملة لدفعة الغضب لذلك تشمل الغضب، والمشاعر العدائية، والعدوان أو سورة الغضب.

النشاط الجنسيِ Sexuality

إن مفهوم تسلسل الأحداث التي تميز الغضب ينطبـق أيـضاً علـى النـشاط الجنسي، على المستوى التجريبي الانفعالي، يمكن تعريف هذه الدفعة علـى أنهـا ليبدية أو رغبة غريزية للإشباع، والنشاط الجنسي قد يتدخل فيه الخيال والاجتـرار ليكون رغبات اللذة الشاملة، والأخيلة الشهوانية، وموضوعات السلطة المعبر عنها بتعبيرات جنسية، هذه التدخلات تكون مصممة بحيث تخفف من القلـق المـرتبط بالتعبير النشط المباشر عن الرغبة الجنسية أو السلوك المرتبط بهـا، فـي ضـوء التعبير الصريح يمكن التعبير عن الدفعات الجنسية بواسطة مجموعة أفعـال مـن السلوك غير الضار إلى السلوك المعقد للغاية وأحياناً يكون له نتائج خطيرة، مـثلاً التعبير عن الدفعة الجنسية قد يشمل استمناء قهـري، وصـور مـن الانحـراف الجنـسي Perversion وجنـسية مثليـة، أو جنـسية غيريـة، وسـائر صـور النشاط الجنسي المتطرف.

مقارنة بدفعة الغضب، فإن المتصل قد يظهر تسلـسل لاسـتجابات متحتملـة مشتقة من الدفعة الجنسية، عند أحد طرفي المتصل، يتم معانـاة مـشاعر جنـسية والسعي حثيثاً للتعبير عنها، وعلى الطرف الآخر منه نجد التعبير عنها بأي طريقة، وبين هذين الاحتمالين نجد تغلغل الانشغالات الجنسية في الخيال، والاجترار وسائر التعبيرات المقنعة والجزء من هذا التسلسل الذي يعكـس إدارة المـريض لدفعاتـه الجنسية يجب تحديده في هذا التقرير، وعندما يحتوي البروتوكول علـى علامـات دفعة جنسية شديدة، يتم التحديد لاحتمالية التعبير عن تلك الدفعة، وقد تكتب الدفعـة الجنسية، أو إذا كانت الضوابط غير ملائمة، قد يحدث التعبير بـسرعة. والأخيلـة والاجترار هي وسائل وسيطة لإدارة التوتر المرتبط بالتعبير المباشر عن الـسلوك للدفعة الجنسية.

وعندما تكون وظائف السيطرة في الشخصية غير كافيـة ولا تـدمج كـاملاً لتنظيم الدفعات الجنسية الشديدة، قد تتضرر الوظيفة المعرفية، بمـا فيهـا الحكـم،

والقدرة على التخطيط، والتركيز، وكذلك الذاكرة فضلاً عن التفكير المجرد والفهم، والتدخل في الوظيفة المعرفية قد يسرع به القلق الناجم عن العجز على دمج المساعي الجنسية وإعلائها.

وجوانب الدفعة الجنسية التي يجب دراستها في التقرير هي الطرق التي يتم الشعور بها بهذه الدفعة، ولو حذفت بطريقة تؤدي إلى الحل، وإذا أمكن دمجها بنجاح في الوظيفة العامة للفرد.

هذه المناقشة لمظاهر وآثار الغضب والرغبات الجنسية تؤكد على مدى تغلغل الدفعات في شخصية الفرد، وبطريقة مشابهة فإن الضوابط المستخدمة في إدارة وتنظيم هذه الدفعات لها مضامين بعيدة المدى في بناء الشخصية ووظائفها في الفصل التالي سيتم تحليل طبيعة الضوابط وارتباطها بالمشاعر، والأخيلة، والتصرفات الناجمة عن الدفعات، كذلك ثم دراسة تحليل مستوى النضج المشتق من تقلبات الدفعات والتفاعل بينها وبين الضوابط.

١٠

الفصل العاشر
الدفعة مقابل التحكم:
طبيعة مكانيزمات السيطرة

الفصل العاشر
الدفعات مقابل الضوابط
Impulse Vs Contral

طبيعة ميكانيزمات السيطرة
The Nature of Control Mechanisms

توجد أنواع عديدة متميزة من الضوابط في بنـــاء الشخـــصية تـــستخدم هـــذه الضوابط في جهود الفرد لتنظيم الدفعات والقلق المقابل الذي قد يـــصاحبها، مـــثلاً الضوابط المعرفية التي تشمل مناهج العمل العقلية، مختلفة تماماً في عملها ونتائجها عن آثار ضوابط الأنا، والتي بدورها تعتبر مختلفة في نوعيتهـــا وتأثيرهـــا عـــن ميكانيزمات الدفاع الفردية المستخدمة للتعامل مع الانفعـــالات الوقتيـــة وتختلـــف ميكانيزمات الدفاع أيضاً كثيراً عن سمات الشخصية من حيث أن الأخيرة تـــستمر في صورة ثابتة في الشخصية، وهناك وظيفة أخرى للسيطرة في بناء الشخـــصية هي استخدام الخيال، والسيطرة على الدفعات والقلق تصبح ممكنـــة عـــن طريـــق فرض سلاسل سلوكية متصورة، أخيراً توجد صورة خاصة للسيطرة في الشخصية ناتجة عن ردود الفعل لانفعالات الخوف أو الرعب، والشلل الفوبياوي والأعراض الجسمية هي صورة ضبط وسيطرة مـــستخدمة لاحتـــواء وإدارة الـــذعر، وردود الفعل الفوبياويـــة المـــضادة هـــي محـــاولات ثانويـــة للـــسيطرة علـــى الـــشلل الحتمي ومشاعر الرعب.

من منظور التحليل النفسي فإن وظيفة وطبيعة هذا المزيج من الضوابط تعتبر مشتقات لوظائف السيطرة للأنا الأعلى في الشخصية، ينطبق ذلـــك أيـــضاً علـــى ضوابط الأنا والضوابط المعرفية والتي شأنها شأن ميكانيزمات الدفاع تحشد تحـــت تأثير الأنا الأعلى استجابة للدفعات، حتى عندما تكون عمليات الأنا مثـــل الـــدفعات موجودة، وكما أوضحنا في الفصل السابق فإنه من منظور التحليل النفـــسي فـــإن الدفعات تمثل التعبير عن الهو في الشخصية، وطريقة توفر الضوابط لتنظيم وإدارة الدفعات بصفة عامة تكمل وصف الصراع الأساسي في الشخصية.

ولأن خصائص الدفعة مستمدة من مصادر الهو Id وجوانب السيطرة المرتبطة بالأنا والأنا الأعلى بالشخصية، فإن من المجالات الأساسية للضغوط صراع الهو والأنا الأعلى داخل تنظيم الشخصية، والصراع بين الهو ID والأنا الأعلى يضعف براعة وحيلة الفرد ويولد حالة عدم تنظيم القلق.

في كل حالات صراع الشخصية، تكون القضية الأساسية هي نوع السيطرة المستخدمة للمعارضة، وإدارة الموقف، والتنظيم والدمج للدفعات من أجل احتواء القلق والتوتر، وكل من الصور العديدة للسيطرة وطريقة عملها لإدارة الدفعات والسيطرة على القلق موصوفة أدناه.

الضوابط المعرفية

Cognitive Controls

عندما تكون الوظيفة العقلية استجابية ومرنة ومتوازية مع الجهود، والأهداف، واهتمامات الشخص، فإن الضوابط المعرفية تكون ممثلة، ووجود هذه الضوابط في الشخصية يشار إليه عندما تكون الإجابات في البروتوكول تظهر استواءاً في الوظيفة والتحرر النسبي من الآثار للقلق، وكذلك سلامة الانتباه، التركيز، والمعلومات نتيجة لذلك عندما تكون الضوابط المعرفية سليمة فإن القدرة على التجريد تكون واضحة وتغيب الميول غير الملائمة نحو الملموسية Concretization أو المادية.

والضوابط التي تشمل الوظائف المعرفية أيضاً تكون منعكسة عندما تكون جهود الإنجاز واقعية ومنبثقة بصفة عامة مع قدرات المفحوص العقلية وقدرته على تنفيذ سلوك موجهة لتحقيق هدف، مثلاً بدلاً من إخراج الغضب أو الكرب الذي يصاحبه، يعتمد المفحوص على نشاط مركز موجه نحو الهدف، كذلك فإن عناصر السيطرة المعرفية المتعلقة بالتخطيط، والحكم، والتفكير والمنطق ستتحرر من الأخيلة والاجترار عندما تكون هذه الضوابط سليمة.

ووجود ضوابط معرفية تعكس القوة، والبراعة، والمرونة في الشخصية وحينما أمكن فإنه يجب ذكر مجالات القوة هذه من جانب الأخصائي النفسي في ضوء تقدير المرونة في وظيفة الشخصية والضوابط المعرفية الإيجابية التي تتحدد من الإجابات على الاختبار تتضمن كذلك أن العناصر الأساسية للأنا وتنظيمها في الشخصية قوية وحيدة الاندماج.

ضوابط الأنا

Ego Controls

في الفصل الخامس عن الوظيفة المعرفية، اقترحنا بناء هرمي لوظائف الأنا، وتضرر الأنا ارتبط بصفة عامة ببعد السيطرة، ويتراوح من ظروف السيطرة الضعيفة المطابقة لتضرر الأنا البدائية إلى السيطرة الجيدة التي تعكس اندماج كبير للأنا. هذه السلسلة الهرمية يمكن تصورها على أنها تتراوح من الضوابط التي تعكس انقسام الأنا إلى تلك التي تشير إلى وجود كل قابل للاستمرار.

في ضوء الدفعات مقابل السيطرة، فإن وظائف الأنا وصفت على أنها متكاملة ومركبة عند العمل بكفاءة للتوجه نحو الهدف، والقدرة على احتمال الإحباط، وعلى تحقيق الرغبات تباعاً في شكل سلوك عملي نحو تحقيق الأهداف، والأهم أن العمل الكفء للوظائف التكاملية التركيبية للأنا يعكس تصريف الدفعات في الشخصية، وبذلك يظهر تكافلاً وترابطاً للإدراك، والتفكير، والمشاعر والسلوك.

وعند ظهور مؤشرات تكامل الأنا القوية في بروتوكول الاختبار يستطيع الأخصائي النفسي كتابة تقرير يفيد أن ميكانيزمات السيطرة في شكل وظائف الأنا متوفرة ومُستخدمة، وأنه يمكن إدارة الدفعات بطريقة بناءة. يعني ذلك أن وسائل سيطرة الأنا يمكن أن تساعد الفرد في العمل نحو تحقيق الأهداف، والطموحات، وتحقيق إنجازات خارجية، وبالتالي فإن الضوابط المعرفية تكون منعكسة في البروتوكول على أساس صلتها بالوظائف والقدرات العقلية، على النقيض فإن ضوابط الأنا تكون منعكسة في البروتوكول على أساس صلتها بأنواع سلوك العملية، مثل النشاط العملي المطلوب لتحقيق العمل نحو الأهداف. بالتالي فإن ضوابط الأنا تتيح السعي لتحقيق الأهداف، وضمان أداء النشاط العملي اللازم لتحقيق هذه الأهداف، وضوابط الأنا الكافية تمكن من تجنب الانحراف إلى الأخيلة أو التعبير عن السلوك خارجياً.

ميكانيزمات الدفاع كضوابط

Defense Mechanisms As Controls

والجانب الثالث من سمات السيطرة بالبروتوكول يشير إلى العمليات الفاعلية الفردية المصممة لإدارة وتوجيه انفعالات خاصة، ولولا دفاعات الفرد مثل الكبت، والإنكار، والنكوص، وتكوين رد الفعل، والتبرير، والإلغاء، والتعويض، والإسقاط،

والإزاحة، لعانينا من الانفعالات بوصفها تتطلب تعبيراً فورياً، هذه العلاقة بالدفاعات الفردية بالانفعالات تكشف عن وظائف إدارة الدفاعات.

عندما لا تقوم دفاعات الفرد بتحقيق وظيفة الإدارة والسيطرة بصورة كافية، سيعاني الفرد من القلق المرتبط بالتعبير عن الانفعال، ومن مهام الأخصائي النفسي محاولة تحديد الانفعال الأصلي الذي استبدل بالقلق لدى المريض، ويشير هذا المبدأ الأساسي إلى أنه عندما لا تعمل وظيفة السيطرة لدى الفرد كدفعات بطريقة ملائمة، يحدث القلق لأن التعبير عن الانفعال يتوقع أن يكون مهدداً، إذاً عند وجود قلق، سيكون هناك أيضاً انفعال معهم، والقضايا التي تعالج في التقرير أولاً هي ما الانفعال الذي يثير القلق، وثانياً، ماذا عن الانفعال الذي يهدد بتوليد القلق؟

ولتحليل الانفعال المثار عند تطور القلق، يجب على الأخصائي النفسي أن يدرك بداية أن الدفعات والقلق كثيراً ما نشعر بهما في سياق العلاقات الشخصية أو العلاقة بالموضوع، بالتالي فإن الانفعالات والقلق المرتبط بها عادة ما يشير إلى الرغبات الجنسية، والحاجات الوجدانية والاعتمادية، والفقدان، والغضب، أو الخوف هذه الانفعالات تكون عادة متضمنة في تقلبات العلاقات بالموضوع، ويمكن تقييمها بواسطة تحليل بيانات البروتوكول وبواسطة ملاحظة سلوك المريض أثناء جلسة الاختبار، وفضلاً عن تقييم طبيعة الانفعالات الموجودة، يستطيع الأخصائي النفسي مناقشة كثافة أي قلق يظهر على السطح ووظيفة الدفاعات المجندة لإدارة الانفعالات وتنظيم القلق.

عند تحليل عمليات الدفاع بشأن السيطرة على الدفعات وتنظيم القلق، من المفيد التعرف على الدفاعات المستخدمة، وهذا التحليل معروض في الفصل التالي.

سمات الشخصية والضوابط

Character Traits & Controls

في ضوء وظيفة وعمل سمات الشخصية والتي تكون مختلفة عن ميكانيزمات الدفاع فيها، وتعكس سمات الشخصية جانباً لنظام الضبط الممكن الإشارة إليه على أنه نمط من السيطرة، أي يظهر شخص شكل للسلوك يصبح بصمته السلوكية، في هذا الصدد فإن نمط السمات الظاهر أثناء موقف الاختبار من المفترض أن يعكس نموذجاً مصغراً لنفس نمط السلوك الذي يعمل في حياة المريض.

وعن طريق ملاحظة سلوك المريض أثناء جلسة الاختبار يستطيع الأخصائي النفسي تحديد نوع شكل الشخصية الجاري إظهاره. هذا التنظيم للسمات لأنماط

الشخصية كثيراً ما ينفصل إلى نمط نشط مقابل نمـط سـلبي، إن نمـط سـمات الشخصية المرتبط بالسمات القهرية يكون نشطاً، مثلاً لأن الحاجة للسيطرة تكـون مكثفة وتحتم وجود مدى عريض من الأنشطة مثل الطقوس والجهود نحو الإكمال، ومظاهر النظام، والتنظيم الدقيق للجداول والأنشطة، على النقـيض فـي سـمات الشخصية السلبية/ العدوانية يوجد إهمال مقصود بشأن إكمـال المهـام، وتـأخير ونقص إكمالها والانتباه غير الكامل بالتفاصيل، ولأن "عدم الفعل" يؤكد على وجود القلق، والسلبية والنشاط المنقوص وهي العناصر الأساسية في نمط الشخصية هذا.

وتنظيم سمات الشخصية يمكن وصفه على أنه فعال أو غير فعال في ضـوء القلق المرتبط به، ويجب ملاحظة أنه كلما كان نمط الشخصية يسيطر على القلـق بكفاءة أكثر، كلما كان أكثر رسوخاً في الشخصية والعكس، فإن النمط الأقل فاعلية، يعكس القلق الأكبر الموجود.

ونمط ضوابط الشخصية قد يتراوح من السمات الموصوفة على أنهـا ناشـئة عن ميكانيزمات الإعلاء إلى تلك المحكومة بواسطة الدفعات، وسمات الإعلاء عادة تتولد عن طريق الأنا الأعلى وتشمل أنواع السلوك المرتبط بالضمير، والمجديـة، والمسئولية. هذه المجموعة من السمات تتطابق مع مستويات الوظيفة التي تعكـس نضجاً أكبر في الشخصية. في المقابل فإن السمات التي تسيطر عليها قوي الدفعـة تشمل العدوان، والتهور، وجهود تحقيق الإشباع الفوري، هـذه المجموعـة مـن السمات تعكس أنشطة الهو وتتطابق مع الوظيفة الأقل نضوجاً وتحليـل بروفيـل سمات الشخصية أيضاً يزود فرصة لتحديد ما إذا كان سلوك المريض يسيطر عليها سمات دفعات الهو أو سمات دفعات الأنا الأعلى، لذلك فإن تحليـل نمـط سـمات الشخص يساهم في فهم مجموعة الدفعات وسمات السيطرة في الشخصية الـشاملة. هذا الشكل للشخصية يشمل تكوين خاص للسلوك الذي يـستمر بطريقـة ثابتـة،، ويظهر بطريقة ممكن التنبؤ بها استجابة لمثيرات مختلفة ومتكررة.

وعند تحليل جانب السيطرة من الشخصية، من المفيد للأخصائي النفـسي أن يصف مجموعة السمات التي يتكون منها أغراضه الشخصية وعن طريق مناقـشة السمات السلوكية هذه والميول في ضوء أعراض الشخصية، يمكن تجنب الـسمات الحالية من المعنى أو العشوائية، ويجب أن يعني الأخصائي النفسي بـصفة عامـة مجموعة واحدة فقط من الأعراض الأساسية تتطابق هذه الأنماط مع السمات التـي يسيطر عليها مبدأ اللذة، وتلك التي يسيطر عليها الغضب أو السمات التي يـسيطر عليها الخوف أو الحاجة للحب والاعتمادية.

ومن أمثلة السمات التي يسيطر عليها اللذة كل صور الميل الهيدوفي (للحصول على الانشراح الغامر) المتمثل بواسطة الرغبة السحرية، والحاجة للإشباع الفوري، أيضاً هنا نجد الخصائص السلوكية مثل الميل للاجتماع مع الآخرين وإقامة علاقات ودية، أو إغوائية وتفاؤل.

وبشأن السمات التي يسيطر عليها الغضب فإن السلوك العدواني والسلبي في خدمة المشاعر العدائية، مثل النزعة للمعارضة والتحدي، والعناد، وتكوين شكل، والنزعة للشجار والعراك متضمنة أيضاً في هذه المجموعة، من أمثلة السلوك الذي يسيطر عليه الخوف الإجابات المكبوتة مثل الحذر، ردود الفعل الفوبياوية، والسلوك الذي يعكس العار، والوعي بالذات، وسمات مثل الجبن، والتشاؤم، والطاعة، والتكتم موجودة في هذه المجموعة. ومن السمات المكونة من الحاجة للحب الاعتمادية، والسلبية، والطاعة.. هذه المجموعات من سمات الشخصية تشير إلى أساليب محددة للشخصية وطرق سلوكية يمكن أن تميز الشخص الجاري تقويمه، وطبيعة وتكوين الأخيلة هي ميكانيزم آخر للسيطرة الشخصية.

الأخيلة بوصفها ضوابط

Fantasies As Control

يمكن اعتبار الأخيلة ميكانيزم سيطرة في الشخصية بقدر ما تمثل طريق للتوسط بين المشاعر والسلوك، والأخيلة يمكن أن تكون منطقة آمنة للشعور مجموعة من الانفعالات، وسمة السيطرة المتأصلة في ميكانيزم الخيلة هو تصور سلوك معين بدون مشاركة فعلية فيه، بالتالي فإن سلوك التعبير عن المشاعر قد يحدث أكثر لولا تصريف الانفعال الكثيف.

والخيال قد يسيطر على الدفعات والقلق عن طريق مجموعة مختلفة من الميكانيزمات التعويضية المصممة لتخفيف التوتر المرتبط بالإحساس بالدونية، والمواجهة في العلاقات الشخصية وسورة الغضب Rage وأخيلة إنجازات العظمة تزود ببعض الإشباع، والمزيد من الجهود البناءة نحو الحل السلوكي للإحساس بعدم الملاءمة لتجنبه، والخيال أيضاً يمكن أن يُستخدم لاحتواء دفعات عدوانية أو جنسية عندما يكون التعبير الصريح عنها مهدداً.

في بروتوكول الاختبار تشير محددات الحركة الإنسانية الزائدة مع استجابات محدودة للون في بقع الحبر إلى أن الحلول للصراعات يتم البحث عنها من خلال استخدام الخيال بدلاً من النشاط السلوكي وإنتاج صور أو إشارات إلى مشاعر

العظمة استجابة لبقع الحبر، أو موضوعات إنجاز فائق أو تحقيق الاعتراف الشخصي المكثف على القصص الإسقاطية، أيضاً يشير إلى وجود أخيلة العظمة كوسيلة لإدارة إحساس عدم الملاءمة، والرسومات الإسقاطية تصور شخصيات كبيرة مترفة قد يؤيد هذا النوع من التفسيرات أن بناء الأخيلة المحتوية على مواجهات جريئة في العلاقات مع الأشخاص والتعبير الناجح عن العدوان المباشر أو الرغبات الجنسية، والتي يتم الكشف عنها غالباً في الروايات الإسقاطية وحتى في إجابات بقع الحبر، كثيراً ما تكون محاولة للإنجاز خلال الخيال لما يشعر الفرد أنه عاجز عن أدائه في الواقع، عند بناء مثل هذه الأخيلة فإن الدفعات الموجودة في التعبير الصريح عن الغضب يتم التحكم فيها واستخدام الأخيلة للسيطرة على وإدارة الدفعات الملحة مثل سورة الغضب قد تكون حماية مهمة للحد من السلوك المدمر بدرجة عالية، من ناحية أخرى فإن مظهر هذه الأخيلة في البرتوكول أيضاً يثير احتمال أن المريض يخرج غضبه للخارج لأقصى درجة، وشدة الدفعة وطبيعة ضوابط المريض ستحدد ما إذا كان التعبير السلوكي متوقعاً.

عند وجود حدود قاطعة بين ما يحدث في الخيال وما يحدث في الواقع، تفقد قيمة الخيال كوسيلة للسيطرة، تشير هذه النقطة إلى القيمة الجوهرية للخيال لميكانيزم تحكم كذلك عند استخدام الخيال كأداة تحكم ويصبح ذلك هو السائد، يظهر خطر آخر. فالمريض الذي يغرق في الخيال كثيراً قد يتصرف بسلبية شديدة، وسعي لحل الصراعات فقط في الخيال كبديل للاعتماد على سلوك أكثر ملاءمة، وقد يرتبط ذلك بأسلوب انعزالي أو منسحب يتضمن صفات مرضية متميزة.

وقيمة الخيال كوسيلة للتحكم قد تتأثر عندما يكون الاجترار زائداً أو الانفعال كثيفاً، إذاً فالخيال غير كافي لتخفيف حدة التوترات وسيكون من الضروري استخدام ضوابط أخرى، إذ لم يتم التعبير عن التوتر الزائد الذي لا يمكن التعامل معه بالخيال، إذاً قد يكبت والقلق يظهر في أعراض جسمية.

الخوف بوصفه ضابطاً

Fear As Control

يرتبط الخوف والرعب إلى حد ما بميكانيزم التحكم بالشخصية، بقدر ما يولد سواء تكيف سلوكي زائد، وميكانيزمات الضبط هذه معقدة تماماً، لكن يمكن تقويمها بواسطة الأخصائي النفسي على أساس المادة الإسقاطية عند ظهور محتويات فوبياوية والشلل الفوبياوي هو محاولة للسيطرة على الذعر المرتبط بدفعة ملحة

تسعى للتعبير، وللسيطرة على حالة الذعر، تزود الفوبيا وقتياً الراحة من القلق لدى الفرد، رغم المعاناة الشديدة، وتمثل طريقة أصيلة لبناء ضوابط قوية، في ردود الفعل الفوبياوية، فإن المصدر الحقيقي لخوف الفرد (في الغالب شخص آخر أو نوع من الالتزامات) يتم إزاحته لسياق غير ضار نسبياً.

إن مهمة الأخصائي النفسي هي تحليل معنى العرض الفوبياوي في ضوء دلالة إزاحته، والخوف والرعب الموجودان في رد الفعل الفوبياوي هو بصفة عامة استجابات مزاحة لدفعات غير مقبولة (ربما تتعلق بالشخصية الرئيسية). تشمل هذه الدفعات الغضب، أو اللذة، مثلاً وتوقع حدوث خطر أو إصابة سيكون عاقبة لمعاناة هذه الدفعات أو التعبير عنها والتصرف بناء عليها.

وميكانيزمات السيطرة المختلفة المستخدمة للتعامل مع الدفعات توجد شبكة معقدة، وتوضيح تقلبات السيطرة والدفعات بالشخصية، وعلاقتها بمستوى نضج الفرد مهم للتحليل.

النضج: مؤشر للدفعات مقابل السيطرة

Maturation: An Index of Impulse Vs Control

عموماً تشير النتائج التي تعكس ميلا قهرياً في الشخصية إلى مستوى غير ناضج نسبياً من النمو، ومع زيادة مستوى النضج، يثبت التوازن بين الدفعات والسيطرة في سبيل العمل الناجح للضوابط، وعندما تفرط الضوابط في سيطرتها على تعبير الدفعات، يظهر مستوى غير ناضج للوظيفة.

في كل الاختبارات الإسقاطية يمكن تحديد خصائص الدوافع مثلاً في رسومات الشخصية الإنسانية، وسائر الرسومات الإسقاطية، ونوعية الخطر غير المنظم تشير إلى نقص صارخ للتأمل أو التفكير وهي سمات واضحة لأعراض تتكون من عناصر الدفعات، والتوجه نحو الفعل، واحتمال وجود تحمل ضعيف للإحباط، ونظام سيطرة منظمة ضعيف يمثل مستوى نضج منخفض، واختبار الرورشاخ قد يزود عينات إضافية لهذه السمات، مثلاً وجود محتوى حركة حيوانية مرتفع يؤيد توجه غير ناضج للفعل، والبروتوكول الذي يسيطر عليه اللون الذي فيه ضوابط الشكل تعسفية على أحسن تقدير، ويمكن أن تكشف عن أثر عميق وسيادة للدفعات في حياة المريض.

والمفحوص الذي تسود لديه الدفعات ينعكس ذلك في الإدراك، والتفكير، ومشاعر عدم الانشغالات التي تميز مراحل عدم النضج للنمو، مثلاً يستجيب

الأطفال للمادة الإسقاطية بنسبة مئوية عالية من المحتويات الحيوانية والحركة الحيوانية، ترتبط هذه الاستجابات وتعكس حاجة الطفل للتعبير الحركي والإشباعات المباشرة، من المتوقع أن الرغبات من ناحية أخرى حلت محل الحاجات المباشرة للإشباع مع القدرة على تأخير هذا الإشباع لمصلحة أهداف طويلة الجل، عند عدم حدوث ذلك فإن المفحوص الراشد يستجيب بطرق مقارنة للمفحوص الطفل- غير ناضجة.

ويمكن تقسيم البروتوكول بأكمله بين استجابات الدفعات واستجابات السيطرة، كما أوضحنا آنفاً، والتوازن بين سمات الدفعات والسيطرة تتطابق مع مستويات النضج، على المستوى البدائي لتنظيم الشخصية، تفوق الدفعات كثيراً مصادر السيطرة لدى المفحوص، وهذا المستوى غير الناضج للنمو يعكس احتمال كبير للتوجه نحو الفعل، وبروفيل الاختبار الأساسي يمكن افتراضه، مثلاً لدى المفحوص الراشد الأكثر بدائية في نمو الشخصية، وقد يتكون البروفيل من حركة حيوانية عالية وإجابات رورشاخ يسيطر عليها اللون مع تناقص الاعتماد على الشكل والحركة الحيوانية، في المادة الجرافيكية فإن الاستخدام الضعيف لنوعية الخط وتضرر التحكم في الخط بخاصة يحدث مع تضرر السيطرة على الخط في الجشطالت، وقد يظهر اختبار تفهم الموضوع T.A.T مع غياب تنفيذ النشاط نحو تحقيق الأهداف.

أخيراً فإن مقياس الذكاء يمكن أن يكشف عن المهارات التأملية المنخفضة والمهارات اللفظية مقارنة بنواحي القوة في الأداء الجيد مما يؤكد على وجود مهارات ملموسة وليست نظرية كذلك فإن طريقة المحاولة والخطأ يمكن أن نراها مقابلة للتعلم مع التأمل عن طريق المثابرة.

وبروفيل هذا الاختبار يمثل فرد غير ناضج ذي قدرة ضعيفة التطور نسبياً على التأجيل، ونتيجة لذلك فإن طريقة هذا الفرد تتميز بالتسرع ونقص التأمل مما يؤدي إلى تصريف غير ملائم نوعاً للجهود، والأخصائي النفسي يحدد ما إذا كان عدم النضج سيدعم التعبير عن السلوك خارجياً أو أن البيانات تشير إلى أن دفعات المفحوص تم احتوائها إلى حد ما في الأخيلة، قد تشمل هذه الأخيلة موضوعات سلطة، أو الملاءمة، أو الهوية الشاملة، وقد تتضمن احتمال أقل أن يعبر المفحوص عن مشاعره.

وثمة عنصر آخر يجب أن يقوم عند تحديد مستوى النضج هو هشاشة أو قوة موارد أنا المريض، تفيد هذه الموارد في احتواء أي زيادة فجائية أو غير متوقعة

في خبرة الدفعات. مثلاً عدم النضج وقلة النمو لضوابط المريض تتطلب من الأخصائي النفسي أن يقرر ما إذا كانت الزيادة في ضغط الدفعة قد يؤدي إلى التعبير عنها صراحة أو أنها تهيمن على ضوابط المريض غير الناضجة، وعندما يمكن الهيمنة على الضوابط غير الناضجة، فإن ظهور عملية ذهانية يصبح محتملاً في أي من الحالتين، فإن الخطر على المريض أو على الآخرين بسبب انقسام الأنا أو التعبير المدمر قد يرتبط في التقرير بنقص نمو ضوابط المريض.

عدم النضج- الشخص الذي تسيطر عليه الضوابط
Immature – Control Dominated

إن الأعراض الأساسية المتطابقة مع مستوى النضج الناقص الذي ظهر يتألف من مستوى نمو تسيطر عليه الدفعات، وموجه نحو العمل، في هذا البروفيل يلتزم المفحوص بشدة بالكف السلوكي. مثلاً في قرار إلزام نفسه بالعمل أو الخمول، سيكون القرار دائماً هو أن يظل سلبياً. هذا الشخص يكون موجهاً بالحذر وبرغبة شديدة في الحفاظ على ضوابط على الدفعات أو العمل.

ونتائج الاختبار النفسي لشخص مكبوت يمكن أن تشمل غياب استجابات تسيطر عليها الدفعات في اختبار الرورشاخ، ومدى محددات ضيق، واهتمام كبير بالشكل والتركيز عليه، وسيادة الإجابات المقيدة تعكس الحماية ضد السلوك التعبيري، ومستوى النضج بالتالي يكون منخفضاً، رغم أن الضوابط قد تكون متطورة للغاية.

وبروفيل البروتوكول يشمل نوعية خط جيد التحديد في كل المادة الجرافيكية، مما يعكس قلقاً زائداً بإدارة القلق، في اختبار T.A.T كثيراً ما تظهر القصص أنها وصفية نوعاً لكنها تفتقر إلى الوجدان، والفعل في اختبار الذكاء فإن أداء المفحوص على الاختبارات الفرعية يركز على رصيد المعرفة المتراكمة، مثل المعلومات والمفردات ما ينتج درجات عالية بدرجة غير عادية.

من المنظور التشخيصي فإن المفحوصين الذين لديهم الضوابط والحاجة لتوخي الحذر واضحة فإنها تكشف عناصر قهرية أو وسواسية أو سلبية في بروفايلاتهم، عندما تكون الضوابط هشة ويزيد احتمال وجود ذهان، فإن حالات الاهتياج يمكن أن نراها، مما يعكس نظام تحكم تكيفي ضعيف النمو، هؤلاء المفحوصون لم يحققوا بعد قدرة على تصريف الدفعات إلى سلوك بطريقة تؤدي إلى الإشباع، بالأحرى يستخدم نظام جامد مقيد للسيطرة لخفض الإحساس بالتهديد

المرتبط بنشاط الدفعة، بالتالي فإن السيطرة المفرطة تمثل بالفعل ضعف نمو الضوابط البناءة، وتترك الفرد غير مشبع وغير ناضج، مع نقص التوازن بين الدفعات والضوابط.

وفهم مستوى نضج الفرد قد يستمد من تحليل أنواع النمو غير الناضج التي قد توجد بشأن الدفعات والضوابط، من المفيد النظر إلى النضج في ضوء النضج بلغة التنظيم المتوازن لسمات الدفعات والتحكم ويرتبط عدم النضج إما بالتعبير الصريح المفرط على الدفعات أو بالضوابط المقيدة الجامدة، صراحة، في كلا الحالتين يكون هناك فشل في إحداث توازن صحي بين الدفعة والسيطرة.

التوازن الناضج بين الدفعات والضوابط

Mature Balance of Impulse & Controls

في تقرير التشخيص النفسي، كثيراً ما يهمل الأخصائي النفسي الإشارة إلى نواحي القوة لدى المريض، قد يحدث ذلك بسبب حقيقة أن الإحالة قررت بناء على سلوك مشكل غريب، رغم ذلك فإن قارئ التقرير سيقدر الإشارات إلى مرونة الشخصية أو قوى التعويض بها حيثما أمكن، والمعالجون، والمدرسون، والمرشدون النفسيون، وغيرهم من مصادر الإحالة في حاجة لتلك المعلومات حتى يمكن تعزيز جوانب القوة والاستفادة منها عند التدخل الشامل، والذي يعتبر التقرير جزءاً منه فحسب.

إن لدى الأخصائي النفسي فرصة فريدة لمناقشة جوانب القوة لدى المريض في التقرير، خاصة عندما يكون التوازن بين الدفعات والضوابط ناضجاً هذه العلاقة التكاملية بين الدفعات والضوابط ترمز إلى أن المريض يستطيع استخدام موارده الداخلية بما فيها الدمج التكيفي للإدراك، والتفكير، والشعور، وكذا السلوك يساهم هذا السلوك في التكيف البناء، لأن تأخير التعبير عن الدفعات قد يستمر والتوازن الصحي بين الدفعات والضوابط تزود مؤشراً مباشراً لمرونة الشخصية الشاملة، ونضجها، وأيضاً تعكس بناء دفاعي جيد التنظيم مع أنماط شخصية مرنة. ومدى وجود عدم التوازن يكشف عن تضرر مطابق في التنظيم الشامل للنظام الدفاعي للمريض وخصائص الشخصية.

في الفصل التالي سنناقش مستويات عديدة من الدفعات وأنواع أنماط الشخصية يتطابق هذا العرض تسلسل الأجزاء في التقرير مما يؤدي من تحليل الظاهرة للقلق إلى دراسة الدفعات والضوابط كشكل أعمق للتعبير عن القلق.

ملخص Summary :

في الفصلين السابقين، فإن جوانب العناصر المتصارعة بين الدفعات والضوابط وتفاعلها الدينامي في الشخصية والدفعات النوعية للغضب والنشاط الجنسي نوقشت، ثم درست التعبيرات المميزة لهذه الدفعات، وكذلك مدى تعبير الدفعة المحتمل، وتركزت المناقشة حول خبرة الدفعة، وتعبيرها في الخيال أو الاجترار، ومظهرها كسلوك مقنع غير مباشر، وأخيراً التعبير عنها صراحة. كذلك درسنا تأثير الدفعات على المعرفة، والإدراك، والحكم، والتحكم والتعلم.

وسمات السيطرة بالشخصية التي تم التركيز عليها شملت الضوابط المعرفية وضوابط الأنا وميكانيزمات الدفاع، وسمات الشخصية، والأخيلة، والأعراض الجسمية، وكذلك الخوف، كما درست طبيعة النضج بشأن التعبير عن الدفعات المقيدة أو المتكيفة.

١١

الفصل الحادي عاشر
البناء الدفاعي

الفصل الحادي عشر
البناء الدفاعي
Defensive Structure

سيعرض قدراً كبيراً في التقرير بشأن العمليات الدفاعية حتى قبل صياغة هذا الجزء، في الجزء حول الدفعات مقابل السيطرة، مثلاً كشف لجوانب الشخصية التي أسفرت عن استخدام الميكانيزمات الدفاعية وكذلك أسلوب الشخصية المرتبط بالمريض، ووصفت الشخصية والأبنية الدفاعية في الأجزاء عن الوظيفة المعرفية والقلق، وأوضح أيضاً أن الدفاعات حشدت كرد فعل للقلق المتوقع والذي يضر كثيراً بالوظائف المعرفية والفكرية.

غرض هذا الجزء من التقرير هو عرض تحليل منظم ومتكامل للبناء الدفاعي الكامل للفرد، لذا سيكتب الأخصائي النفسي تقريراً عن ميكانيزمات الدفاع التي يستخدمها المريض، ومدى السيطرة على القلق والانفعالات بواسطة هذه الدفاعات، وتأثيرها على نواحي القوة لدى المرض، ومرضه ومرونته وسلامته مثلاً ميكانيزمات الدفاع التي تستخدم عن تعامل المريض مع الأحداث الخاصة قد ترتبط بجوانب الانفعالية.

كذلك فإن الاستجابات الدفاعية للمريض لإشارات القلق بواسطة توقع حدوث تهديد أو خطر يمكن توضيحها، والقابلية للتعبير عن القلق خارجياً، يمكن توضيحها في ضوء نقص موارد دفاعية تكيفية، وبالتالي فإن تطوير المريض لأعراض دفاعية تكيفية وكل العناصر الخاصة المكونة لها وصفت في هذا الجزء من التقرير، كذلك أولينا اهتماماً خاصاً بمضامين الشروط التشخيصية الممكن اشتقاقها من كل هذه الجوانب من العمليات الدفاعية، وكذلك من الإجراءات الدفاعية الخاصة للمريض، يساعد هذا التحليل على زيادة الاهتمام التشخيصي الجاري طوال وضع هذا التقرير.

عموماً فإن الافتراض الرئيسي لعلم النفس الدينامي يتعلق بالدور المحوري الذي يلعبه البناء الدفاعي، في طريقة تأثيره على تنظيم السلوك، والاستجابات السلوكية لإشارات القلق، وعلاقة السلوك بالانفعال، وهكذا فإنه للفهم الدفاعات

والأعراض الدفاعية، طبق التقسيم النفسي للدفعات والسيطرة لفهم النضج، في مثل هذا التحليل، من المفيد تقديم صياغات تشخيصية توضح العلاقة بين الدفاعات، والانفعالات، والقلق، وكذلك السلوك ويمكن تحديد دفاعات الفرد في ضوء وظيفتها كأدوات تكيف مع الانفعالات، إلا أن استخدامها النمطي، والصور العديدة التي تمتزج بها، غالباً ما تعكس الحالات التشخيصية التي تزود معلومات حول طريقة تنظيم الشخصية.

في الأجزاء التالية فإن تحليل ميكانيزمات الدفاع والأعراض الدفاعية يوضح كيف تستخدم الدفاعات فردياً ومجتمعة أولاً يجب فهم المعلومات حول الميكانيزمات الدفاعية للفرد ودورها في وظيفة الشخص.

ميكانيزمات الدفاع الفردية
Individual Defense Mechanisms

يمكن تقييم جانب مهم من عمل الدفاعات لدى الشخصية بواسطة دراسة التسلسل التالي، الدفعة، الانفعال، أو القلق والذي يحدث داخل الشخص كرد فعل لمثيرات داخلية أو خارجية هذه السلسلة قد تثير التوتر، خاصة عند الشعور بانفعال سلبي، والتوتر قد يكون غامضاً أو غير مدرك بالمرة، رغم ذلك فإن وجوده يعمل كإشارة قوية موثوقة ينتج عنها دفاعات بطريقة آلية، والإشارة الآلية للدفعات استجابة لإشارة القلق كان لها نتائج بعيدة المدى للفرد.

هذه النتائج تمخضت عن الاستخدام المتكرر لدفاعات مميزة عند توقع حدوث تهديد لصحة الفرد، أو سلامته، أو آمنة يتم الشعور به أو توقعه، وقد ينجم التهديد عن مصادر داخلية في الحياة الانفعالية، مثل الأخيلة أو الدفاعات، أو من مواقف خارجية، وكل دفاع مضامينه لسلوك الفرد في ضوء التوجه نحو الأهداف، وتحقيق الإشباعات، واختبار الواقع، والتفاعل مع أناس آخرين.

ولأن الدفاعات النوعية ومجموعات الدفاعات تصبح تستخدم بطريقة آلية فإنها غالباً ما تساهم في الحدوث المتكرر لمواقف تحتوي على مشاكل، مثلاً الفرد الذي يواجه امتحانات في المجال الأكاديمي قد يشعر بصورة متكررة بالقلق عند توقع فشلاً أو منافسة محتملة، إذا رفضت الحاجة للدراسة دفاعياً وتم تجنبها لتخفيف القلق، قد تكون النتيجة صراعاً مستمراً مع تسويف أو أداء أكاديمي ضعيف.

وتحليل دفاعات الفرد ضروري عند هذه النقطة، والافتراض الذي يفترضه الباحثون كثيراً حول الدفاعات هو أنها تحمي الفرد من الخطر وبالتالي تعتبر تقريبا

ملم بها ذات انفعالات سلبية وكذلك تشخيصات غير مرغوبة، مثلاً انفعال الرعب ودفاع الكبت كثيراً ما يرتبطان، وانفعالات الغضب والمشاعر العدائية كثيراً ما يرتبطان بدفعات الكبت والإزاحة، وتشخيص البارانويا يرتبط بدفاع الإسقاط، وبالتالي من المفترض عادة أن الدفاعات تكون مرتبطة فقط بالحالات السلبية. هذا الافتراض يقيد بشدة وجهة النظر التحليلية للأخصائي النفسي والمساهمة المحتملة لفهم الدفاع والتشخيص.

وميكانيزمات الدفاع الفردية لا تستخدم حصرياً في خدمة الانفعالات السلبية في الواقع أن الدفاعات ترتبط بكل الانفعالات الإيجابية والسلبية، والمفحوصون التي تكشف نتائج الاختبار تجنب مشاعر الاكتئاب، مثلاً كثيراً ما يحاول الإثارة الخارجية المستمرة ويشترك في خيال وسلوك تعويضياً، وغرض هذه العملية الدفاعية التي تستخدم ميكانيزم التعويض هي ضمان مشاعر لذة مستمرة، هذه المشاعر الإيجابية ستقل أو لم تعمل الدفاعات، وبذلك يتيح ظهور الاكتئاب على السطح، ويظهر تعقيد في فهم استخدام الدفاعات، والدفاع الخاص مثل الكبت أو الإنكار قد يُستخدم لدرء الاكتئاب، لكي يكون ناجماً، يحتاج أن يمتزج بميكانيزم التعويض، مما يضمن أن يتوتر انفعال اللذة المصمم في خبرة المريض.

وثمة شكل آخر لهذا الموضوع يتعلق باستخدام ميكانيزمات الدفاع الفردية لإدارة المشاعر الجنسية، وتحويلها قبل خفضها مثلاً ميكانيزم الدفاع تكوين رد الفعل يخفي وتحول الاستجابات الجنسية الحالية للذة إلى الضد، أي اشمئزاز ونفور، ومن أمثلة ذلك ما يحدث في إنتاجات الاختبار عندما يزود المريض إجابات فطرية على بقع الحبر يشمل مظاهر القبح، والاشمئزاز، أو عندما تظهر إجابات من هذا القبيل "خذها بعيداً"، "لا استطيع النظر إليها"..إلخ، إن ما يفترض وجوده في هذه الحالات هو انجذاب نحو اللذة لا يمكن مواجهته أو قبوله، والذي يطرد من الشعور بطريقة آلية عن طريق ميكانيزم رد الفعل، بهذه الطريقة فإن ميكانيزم تكوين رد الفعل يفيد في غرض تخفيف انفعال اللذة.

والدعم المقابل لهذا الفرض الذي مؤداه أن الميكانيزمات تعالج الانفعالات الإيجابية، وكذلك السلبية اقترحه المحللون النفسيون الذين فهموا الأحلام التي فيها يشعر المفحوص بالغثيان والاشمئزاز، أو النفور، على أنها تعكس أحياناً ميول مضادة تتعلق بالرغبات الجنسية أو اللذة، وبالتالي فإن تقييم الطبيعة الكاملة لميكانيزمات الدفاع قد يثري فهم الأخصائي النفسي للبروتوكول، مثلاً الإجابات

التي تشمل الاشمئزاز أو النفور تزود وصول مباشر لمعلومات تتعلق بالانفعال والدفعات النوعية وكذلك بمضامين تشخيصية محتملة.

إن الأدوار المختلفة التي تلعبها العمليات الدفاعية في الشخصية تتطلب من الأخصائي النفسي أن يفهم ويوضح الأعراض الدفاعية ومضامينها التشخيصية، وكذلك طبيعة ميكانيزمات الدفاع الفردية، ولدعم هذا التحليل أكثر نعرض دراسة للدفاعات الفروق في الجزء التالي في شكل فئتين، الأولى تحدد ميكانيزمات الدفاع الفروق المصممة لإدارة الانفعالات الفردية، والثانية تعرض ميكانيزمات الدفاع الفروق التي تصبح مفيدة عملياً في عملية تكوين سمات الشخصية.

الدفاعات المستخدمة لإدارة الانفعالات الفردية

Defenses Used To Manage Individual Emotions

التعويض Compensation:

يستخدم ميكانيزم الدفاع هذا لمواجهة كلا من مشاعر الاكتئاب والدونية بواسطة أخيلة العظمة، والتعطش للحصول على الاعتراف، والتغذية الرجعية الإيجابية، والاضطرابات التي تشمل أوجه نقص نرجسية أيضاً تشمل استخدام هذا الميكانيزم.

الإنكار Denial:

هذا الميكانيزم الدفاعي يدرأ إدراك أي مكون سلبي وانتقادي للموضوع الخارجي، ويساعد الإنكار الشخصي في جهوده للحصول على معلومات إيجابية فحسب، وهو يشاهد كثيراً أي أنماط الشخصية الهستيرية. وبسبب استخدامه في قصر الاستيعاب على المعلومات الإيجابية فقط فإن الأفراد يستخدمونه كثيراً لإصدار أحكام ضعيفة.

الإزاحة Displacement:

هو ميكانيزم دفاعي كثير الاستخدام، وهو مصمم أساساً لإدارة انفعال الغضب، ويلقي المفحوص اللوم، والغضب، والعدوان على شخصيات بديلة أقل تهديداً حتى لا تتركز هذه الانفعالات وما يرتبط بها من أحكام وسلوك على الهدف الحقيقي الأكثر تهديداً، والمظاهر المتكررة للإزاحة هي المشاعر العدائية المتكررة نحو السلطات، وهي إزاحة للامتعاض نحو الشخصيات الوالدية التي يكون التعبير عن الغضب نحوها مهدداً للغاية، والمفحوصون السلبيون/ العدائيون والمعتمدون في نفورهم من التعبير عن المشاعر العدائية مباشرة عادة ما يستخدمون الإزاحة.

العقلنة (إعطاء الشيء شيئاً أو مضموناً عقلانياً) Intellectualization:

إن وجهة النظر الموضوعية وغير العاطفية عن العلاقات والأحـداث تخفـي عجز الفرد أو نفوره الشديد من أن يكون حاسماً أو الالتزام بشيء وهكذا يتم تجنب الانفعال بواسطة التركيز على الموضوعات العقلية، يرتبط ميكانيزم الـدفاع هـذا بتشخيص اضطراب الوسواس القهري، وهو أيضاً جزء من أعـراض وسواسـية تتألف من ميكانيزمات العزل، والتبرير، والإعلاء، والإلغاء، هذه الأعراض كثيـراً ما تعمل لإدارة انفعال توقع الشر بواسطة التحكم في البيئة، وبالتالي تقليل عناصر الدهشة التي قد تسبب الشعور بالاختلاط وتولد القلق.

العزل Isolation:

يتم حفظ الأفكار بعيداً عن المشاعر المناسبة لها، وبالتالي يتم تجنب الـشعور بالذنب وتجنب الفعل بسبب أهمية فكرة أن نقص الوجدان المقابـل يمكـن تقليلـه بسهولة كثيراً ما يلاحظ هذا الميكانيزم في الاضطرابات الوسواسية القهرية.

الإسقاط Projection:

فيه يتم عزو الأخطاء، والمشاعر، والدفعات التـي لا يمكـن مواجهتهـا أو احتمالاها على آخرين، وقد يحدث الإسقاط بالفعل في أي عملية تـشخيص، لكـن الميكانيزم الدفاعي الرئيسي المستخدم بواسطة من لـديهم ميـول بارانويـة، فـي الوظيفية البارانوية، يستخدم الإسقاط لإدارة المشاعر الانتقادية نحو الذات بواسـطة توجيهها إلى العالم الخارجي، بهذه الطريقة يوفر الفرد عن نفسه ضـغوط تقـويم الذات نقدياً، لكنه يصبح ملتزماً بطريقة طقوسية نحو الحفاظ على موقف نقدي نحو العالم ويلتمس الإخفاء لدى الآخرين.

التبرير Rationalization:

التبرير عملية تحدث وفيها فإن الدوافع غير المقبولة والمـشاعر، أو الـسلوك يجعل مقبولاً ومحتملاً عن طريق تفسيرات لها مظهر منطقي.

التكوين العكسي Reaction Formation:

وفيها تحول انفعالات اللذة أو الانجذاب غير الممكن احتمالهـا إلـى الـضد الممكن قبوله، والشعور به والتعبير عنه حتى المشاعر العدائية، مثلاً يمكن تحويلها إلى قلق زائد، بشرط أن يتم الشعور بها على أنها مهددة لأنها كانت جالبة للذة.

وهكذا يحول الانفعال إلى ضده فقط إذا كان الانفعال الأصلي يحتـوي علـى مكون تهديدي يتعلق باللذة، يستخدم هذا الـدفاع تحديـداً لإدارة خبـرة الرغبـات

الجنسية التي يدركها الفرد على أنها خطرة أو غير مرغوبة بتحويلها إلى مشاعر نفور مضادة، والتكوين العكسي كثيراً ما يستخدم في حالة الهوس، خاصة عندما يمتزج بالإعلاء بهذه الطريقة في الحالة الهوسية، فإن دفعة اللذة تتناقض وتعاق وتصبح متحولة إلى طاقة عمل، من ثم فإن المرضى الهوسيين كثيراً ما ينغمسون في عمليات تكوين عكسي ومشروعات مختلفة، وتحويل دفعات اللذة إلى طاقة عمل يتحقق كذل عند امتزاج ميكانيزمي التكوين العكسي مع الإعلاء ودفاع التعويض، وأعراض التعويض الدفاعية، والتكوين العكسي، والإعلاء تمكن مرضى الهوس والاكتئاب من مواجهة الاكتئاب، والنقطة التي يظهر عندها الاكتئاب تشير إلى إعاقة في دفاع التعويضة [لأن تقدير الذات لم يعد بعد مصاناً]، وإضعاف الإعلاء [سبب تقليل الدافعية للعمل]، مع التركيز الناتج عن التكوين العكسي والتركيز على التكوين العكسي يشير إلى أن المريض يعمل بدفعات لذة مقنعة التي يحرسها ضد التحول إلى انفعالات مصممة لطبيعة مضادة، أي اهتياج، وعدم رضا، أو اكتئاب.

النكوص Regression:

يشمل هذا الميكانيزم استخدام مستوى وظيفي غير ناضج في المرض النفسي واضطرابات الدفاعات، يكون هذا الميكانيزم الدفاعي هو المسئول الرئيسي عن صيانة السلوك الحركي، ووظائف النكوص كأداة توافق حركية، لأنه في غياب هذا الميكانيزم يشعر الشخص بأنه مكفوف، خامل وحتى مشلول. والكوابيس التي فيها يصبح الشخص غير قادر على الحركة بواسطة شخصيات مهددة أو يرى نفسه مدفوناً حياً أو يغرق. هي أمثلة لتضرر ميكانيزم النكوص، في هذه الحالات فإن الحركة أو السلوك الحركي لا يكون ممكناً وتظهر صورة من الكف أو الشلل في كابوس.

الكبت Repression:

يوجد عنصر أساسي مشترك مهم في كل ميكانيزمات الدفاع لأنه يشمل طرد أو إيقاف عمل الأفكار والمشاعر الممكن احتمالها من الشعور، نتيجة لذلك لأن كل ميكانيزم الدفاع تمزج الشعور بهذه المادة، فإنها جميعاً تحتوي على عنصر الكبت، ويستخدم الكبت بوجه خاص لإدارة المشاعر الكثيفة المهددة بالخوف والرعب، وكلما كان الميكانيزم أكثر انتشاراً في الشخصية، كلما زادت احتمالية وجود سمات شخصية سلبية، أو فصامانية أو هستيرية.

الإعلاء Sublimation:

يستخدم هذا الميكانيزم بصفة عمة لتخفيف الدفعات، والدوافع الجنسية وغيرها

عن طريق تصريفها إلى نشاط منتج موجه نحو الهدف، هذه الإنتاجية كثيراً ما تعتبر ذات قيمة اجتماعياً.

الإبطال (الإلغاء) Undoing:

هذا الميكانيزم مصمم للحفاظ على توازن أو تنافر (سيمترية) الاستجابة وهو نمطي فالحالات الوسواس القهري، وقبل أن تتعرض الأفكار والأفعال إلى التوازن المضاد بواسطة أضدادها أو نظرائها. في حالات السلوك القهري يكون مثال لذلك هو غسيل الأيدي الذي يستخدم لمحو وجود الآثار المحتملة للدوافع غير المرغوبة، وثمة صور أخرى للسلوك غير الطقوسي وكذلك الأفكار المتكررة، والتي تشكل أيضاً محاولات إحداث توازن مضاد ويمحو آثار الدفعات.

الدفاعات تكوين سمات الشخصية

Defenses & Character Trait Formation

في الجزء السابق عرفنا الدفاعات الفردية بشأن عملها بصفتها أدوات توافق مع الانفعال، وحيثما كان ملائماً في ضوء التطبيقات التشخيصية. في هذا الجزء عرفنا الدفاعات التي تتطابق مع وتفيد في تكوين أنماط سمات من الشخصية. نتيجة لذلك ارتبطت هذه الدفاعات بالمزيد من الجوانب الثابتة والمستمرة للسيطرة في وظيفة الشخصية.

التوحد Identification:

هذا الميكانيزم في ضوء أهميته لتطور أنماط سمات مستمرة قد يدرس بنفس طريقة الكبت الشائع بين ميكانيزمات الدفاع الفردية، وعن طريق التوحد، يهدف الفرد النامي إلى تكوين نفسه بشكل موحد وكذلك ميوله الداخلية، تمكن هذه العملية الفرد من تنظيم والسيطرة على الانفعال والتوتر بوسائل داخلية بدلاً من الاعتماد على القيود الخارجية فحسب.

والقيمة التكيفية لهذه الضوابط تتوقف على السمات التي تم نسخها والأهمية البالغة للتوحد تكمن في حقيقة أنه جزء بديهي من النمو ولا يمكن الحيلولة دون حدوثه، وبقدر أهمية علاقة الطفل بالوالد وكذلك العلاقات الأسرية، فإن تطور التوحد يحدث بضرب المثل وليس بالتعلم، بالتالي يصبح التوحد تماثلاً في الشكل وتكرار، والتقاليد الثقافية والفلكلور الذي يقول "الولد لأبيه"، "والبنت تشبه أمها"، و"التفاحة لا تختلف عن شجرتها: مبنية بوضوح على مبادئ صادقة نفسياً.

الاستدماج Internalization:

هذا الميكانيزم مبني على أساس التوحد ويضيف إليه ترك بصمة القيم، وهذا يحدث عن طريق تبني الفرد لاشعورياً للمعايير والصفات الخاصة بشخصية أخرى، وسواء كان الشخص يميل إلى هذه العملية أم لا، فإنه يشعر بالسيطرة بواسطة مشاعره نتيجة لاستدماج القيم، حتى لو كان عقله يحتم عليه الوصول لاستنتاجات مختلفة بناء على تفكير عقلاني، وبالتالي رغم استدماج معايير غير مناسبة من الطفولة، ولو كانت محل شك.

الانشقاق Splitling:

تستخدم عناصر الإنكار والإزاحة في هذا الميكانيزم، ويحدث التوحد حتى رغم وجود قيم مختلفة لدى موضوع التوحد، ويتحقق الانشقاق بمساعدة التقسيم ذاتي الاحتواء: حيث يمكن النظر للفرد على أنه جيد تماماً ويعتبره آخر سيء جداً، كذلك نفس الفرد قد يعتبر في وقت ما أنه جيد وفي وقت آخر أنه سيء، بدون خبرات تناقص مصاحبة، ولأن طبيعة الانشقاق لاشعورية وتقسيمه فإن إدراكات الخير والشر يمكن أن تنعكس Reversed بدون حدوث مشاعر توتر أو اعتراف بالصراع، نتيجة لذلك فإن الانشقاق يمنع وجود مشاعر الغموض والكرب النفسي التي ترتبط عادة بخبرة الصراع.

الترميز Symbolization:

إن الإنكار والأخيلة الخفية الداخلية تصبح كذلك عن طريق مظاهر خارجية معينة، قد تستمر هذه الأفكار أو الأخيلة في تزويد ميول نحو نوع مميز من السلوك بدون كرب مصاحب مثلاً، السلوك الخاضع المنقاد أو حتى التنافسي أو المسيطر قد ينطلق لدى شخص يعاني من مشكلات مع السلطة عند تغلغله مع الآخرين من الذين يرمزون لسلطة أعلى عن طريق خصائص مثل المظهر الفيزيقي أو السن المتقدم.

الانقلاب ضد الذات Turning Against The Self:

المشاعر العدائية تصبح ممكنة الاحتمال بواسطة تحويل الهدف من شخص آخر للذات، والشخص الذي يستخدم هذا الدفاع يطور سمات اللوم، وتشويه السمعة، والهجوم على الذات بدلاً من توجيه هذه المشاعر إلى الهدف المناسب، ومحور هذه العملية هو توحد مع الشخص الذي لم يتم التعبير عن الغضب ضده.

هذا التوحد المهم يتم حمايته وإخفائه بواسطة تحويل الغضب ضد الذات

وتستخدم هذه العملية بصورة متكررة عند تشخيص الاكتئاب وعند استمرار السمات المازوخية وبتر الذات، والتي فيها يتم هزيمة الذات ومهاجمتها.

وفكرة السلوك النمطي مهمة لأنها تفسر استخدام ميكانيزمات الدفاع في تكوين واستدامة سلوك الشخصية الدائم، وعند تحليل ومناقشة نظام الدفاع لدى المريض، مدرس الأخصائي النفسي كلا الفئتين- الدفاعات المصممة للتوافق مع الانفعال الوقتي، وتلك التي تهمل وتعزز السمة السلوكية.

الدفاعات والتقرير

Defenses & Report

عند مناقشة ميكانزيمات الدفاع في التقرير فإن أول عمل يمكن أن يقوم الأخصائي النفسي هو التعرف على الدفاعات التي تلعب دوراً بارزاً في الأداء الوظيفي للفرد والإشارة إلى كيفية استخدامها في إدارة التوتر والانفعالات واستخدام الدفاعات إجراء معقول ومناسب ولا يتضمن بالضرورة وجود ظروف مرضية، مثلاً في البروتوكول الذي يظهر فيه العقلية بدون التركيز على التبرير والإلغاء، لا يشير ذلك بالضرورة إلى وجود حالة وسواسية شديدة، من ناحية أخرى في البروتوكول الذي فيه عقلنة شديدة، وتبرير، واهتمام زائد بالتنافر أو السميترية وكذلك الإبطال، يمكن أن يبحث الأخصائي النفسي عن عينات إضافية للاجترار الوسواسي الذي يتدخل في دمج الإدراك، والتفكير، والمشاعر إنه مظهر العناصر المتداخلة الذي يثير الشك في وجود عمليات دفاعية مرضية.

وعند التعرف على دفاعات معينة متضمنة في الأداء الوظيفي للمريض من المهم التأكيد على وجود اتساق بين الدفاعات المذكورة والتشخيص النهائي، ومن المفترض أن الشخص في أي فئة تشخيصية يمكن أن يستخدم أي من هذه الميكانيزمات الدفاعية.

إلا أن استخدام بعضها في تشخيصات معينة سيكون أمراً غير معتاد للغاية ويتطلب تفسيرات إضافية، وهناك دفاعات معينة تكون نموذجية لأشخاص داخل فئة تشخيصية معينة.

ولقد تم توضيح مضامين تشخيصية معينة تشمل استخدام ميكانيزمات دفاع معينة في تعريف ميكانيزمات الدفاع، مثلاً استخدام الإنكار بشكل نمطي لدى الهستريين، ومجموعة الدفاعات المكونة للعقلنة، والعزل والإبطال غالباً ما تتعلق بالتبرير والإعلاء، وهي تميز الوسواوسيين القهريين، واستخدام الإزاحة نمطي

للأشخاص السلبيين/ العدوانيين والتعويض لدى مرضى الاكتئاب والاضطرابات النرجسية يوجد بصورة متكررة، واستخدام الإسقاط نمطي لذوي الميول البارانوية، والانشقاق في تشخيص الاضطرابات الحدية Borderline والنكوص بين الأنماط السيكوباتية هي أمثلة أخرى لميكانيزمات الدفاع التي تشاهد عادة في تشخيصات معينة.

وهكذا فإنه بسبب الارتباط بين فئات تشخيصية معينة وعمليات دفاعية معينة، فإن التقرير عن دفاعات معينة يجب أن يتفق مع الاستنتاجات التشخيصية الموجودة، في الظروف غير العادية الذي فيه يذكر التشخيص النهائي مع استخدام عملية دفاعية لانمطية بدرجة عالية، سيتكون المناقشة التفسيرية لهذه النتيجة المتناقضة إلى حد ما ضرورية.

وثمة نتيجة أخرى مفادها أن الأخصائي النفسي يمكنه كتابة تقرير عند مناقشة عمل الدفاعات حيث حدوث نظام دفاعي ضعيف في هذه الحالة فإن مشكلات التوحد والاستدماج يمكن أن تؤدي بالمفحوص إلى الشعور بأنه واقع تحت تأثير قوي خارج سيطرته، هذه المشكلات بدورها يمكن أن تؤدي إلى حالات اهتياج وأزمات في الأداء الوظيفي للشخصية، ويمكن مساعدة قارئ التقرير لفهم جوهر مشكلة المفحوص عند تزويده بالمعلومات حول أي دفاعات أصبحت ضعيفة، كذلك يمكن توضيح أن الدفعات يمكن أن تصير مستعصية على التعامل معها أثناء الأزمات الذهانية وغير الذهانية، في هذه الحلقات فإن تدفق الانفعال يضر بسلامة أنماط سمات الشخصية والسلوك، وبدلاً من تكوين منظمة قابلة للتنبؤ والتي قد تكون شهوانية وغير عقلانية.

عند وجود مواقف أزمة ودفاعات في كلا من ميكانيزمات الفرد وكذلك أنماط الشخصية، وتكون غامرة قد يصبح المفحوص على نحو زائد غارقاً في دفاعات عملية أولية، وصور ذهنية، واجترارات، وعدم التنظيم للشخصية هذا، والتعبير عنه في استجابات العملية الأولية يمكن أن نشاهدها طوال البروتوكول والدرجات على الاختبار الفرعي التي تكون شديدة التشتت على اختبار الذكاء هي أثر لهذا النوع من عدم التنظيم، وتوجد اختبارات فرعية معينة تساعد المفحوص عند محاولته أن يصبح منظماً، والدرجات على هذه الاختبارات الفرعية ستميل إلى أن تكون مرتفعة وثمة اختبارات فرعية أخرى تتطلب تنظيم الشخصية، وبالتالي تميل إلى تفاقم حالة عدم تنظيم شخصية المفحوص، وإنتاج درجات أقل.

وفي الإجابة على نقط الحبر قد يكشف المريض الذي يمر بأزمة عن

محتويات خاصة، مثلاً الحيوانات تلتهم بعضها بعضاً، أو إجابات أخرى تعكس اقتحام أفكار عملية أولية على اختبار تفهم الموضوع T.A.T فإن الميل للتحمل الضعيف للإحباط قد يظهر، وقد تتميز القصص بالحاجات البدائية للحماية مع مخاوف التعرض للهلاك، وفي رسومات الأشخاص وسائر المادة الجرافيكية فإن سلامة الجسد قد تتضرر بشدة وتظهر أجزاء جسد غريبة.

عند دراسة هذه البيانات يستطيع الأخصائي النفسي أن يسترشد بالتعرف على تدفع الانفعال بلا عائق من الضوابط مما يعكس تضررا لعدد من ميكانيزمات الدفاع والإسقاطات والإزاحات، والنكوصات من المتوقع أن تعتمد على هذه الحالات عندما تكون الأفكار غريبة من المتوقع أن تكون مادة العملية قد اقتحمت الأداء الوظيفي، عند هذه النقطة فإن التوحد كدفاع رئيسي يتدخل فيه ولم يعد يساعد في تنظيم السلوك ونتيجة لعدم التنظيم الدفاعي هذا، قد يعاني المريض من فقدان الذات، نتيجة لذلك فإن السمة السلوكية التي كانت مستمرة في السابق، ويمكن الاعتماد عليها، والتنبؤ بها أصبحت الآن منقسمة ويستطيع الأخصائي النفسي أن يساعد مصدر الإحالة لفهم أهمية دفاعات فردية داعمة معينة قد ضعفت، وكذلك فرصة قابلة لتزويد المريض بالمزيد من النماذج والتوحدات.

وعندما تشير البيانات في البروتوكول إلى تضرر الهياكل الدفاعية مما يؤدي إلى عدم التنظيم والانقسام، والأخصائي النفسي يمكن أن يساهم في عملية التدخل بتوضيح الحالة المتفككة للبناء الدفاعي وتوضيح طبيعة أنماط السمات الدفاعية أثناء ارتباطها بالتوحد، ومفهوم التوحد كأحد الميكانيزمات الدفاعية الأساسية المحتوي خواص تكاملية قوية يجب التركيز عليه في التقرير والتوحد هو المكون الرئيسي للشخصية الذي يساعد على تحديد أنماط السلوك المميز والنمطي.

هذه الأنماط تصبح البصمة السلوكية للفرد وتمكنه من الاستجابة للآخرين بطريقة منسجمة فقط عن تطور بناء الشخصية الثابت هذا تزدهر العلاقات بين الأشخاص والصحة النفسية والانفعالية لأي فرد خاصة المفحوص قيد الدراسة يجب التركيز عليها في المقاييس الكبيرة عن طريق تقييم هوية الشخصية والسلوك بين الأشخاص المستمد من الأداء الوظيفي الدفاعي للفرد وتكوين سمة الشخصية الذي يتطلب سلامة التوحد والاستدماج.

في الفصل التالي نجد مناقشة السمات المهمة للشخصية وما وصف بأنه ظواهر داخل الفرد Intrapersonal في الفصول القليلة الأخيرة يمكن النظر إليه في ضوء التعبير في العلاقات بين الشخصية، بناء على الهوية وسمات الشخصية.

ملخص Summary:

إن دور البناء الدفاعي في إدارة الانفعال في الشخصية تم مناقشته وميكانيزمات الدفاع الفردية عرفت وربطت بالأعراض التشخيصية كذلك فإنه تم التمييز بين الدفاعات على أساس ما إذا كانت تعالج الانفعال الوقتي الفردي أو المتضمنة في تكوين سمة الشخصية، والأدوار الرئيسية للكبت في الانفعال والتوحد في مكون السمات تم التركيز عليها، كما تمت الإشارة إلى الحاجة لكتابة تقرير عن الدفاعات بطريقة تتفق مع تشخيص المريض النهائي.

كما ذكرت النتائج المرتبطة بضعف الدفاعات في الذهان والأزمات.

١٢

الفصل الثاني عشر
سلوك العلاقات بين الأشخاص (الهوية)

الفصل الثاني عشر
سلوك العلاقات بين الشخصية
Interpersonal Behavior

الهوية Identity

من المفيد للقارئ للتقرير النفسي أن يكون لديه معلومات حول بناء الشخصية النفسية والعلاقات الشخصية للمريض لتقييم مدى تأثر سلوكه عند هذه النقطة في التقرير، فإن الجسر النظري بين ما بداخل الشخصية وبين المريض والآخرين يصبح أكثر بروزاً، أنها النقطة التي عندها يتم النظر إلى سلوك المريض الشخصي بطريقة أعرض، هذا المنظور الأعرض يشمل المشكلة الحاضرة في إطار عمل شامل يضم حياة المفحوص الداخلية وآثارها على العلاقات الشخصية للمفحوص.

الجسر بين الأداء الوظيفي داخل النفس وخارجها
The Bridge Between Intrapersonal & Interpersonal Functioning

إن الصلة بين النشاط داخل النفس وخارجها يشمل وجهة نظر نظرية حول وجود مشتقات، يعني ذلك أن صراعات الشخصية الأساسية والتي تتطابق مع صعوبات مرحلة نمو معينة تؤدي إلى السلوك الحالي، وهكذا يرتبط السلوك الحالي للمفحوص بمراحل نمو معينة ويستمد منها، وربط الصراعات داخل النفس بالسلوك الشخصي يشمل مهمة ذات شأن للتعرف على العلاقات، في عملية تحديد المشتقات يفسر الأخصائي النفسي بيانات البروتوكول من أجل تحديد مراحل الصراع الأساسية، في إطار التحليل النفسي تكون هذه هي المراحل الفمية، والشرجية، والقضيبية والنفسية الجنسية الأوديبية، وتتميز كل من هذه المراحل بسلوك خاص ينشأ عن صراعات خاصة وقضايا نمو لم تحل، ويستطيع الأخصائي النفسي استخلاص استنتاجات بين مشكلات مرحلة النمو المبكرة والتشعبات المتوقعة في العلاقات الشخصية التي استنتجت من هذه الصعوبات، ويستطيع الأخصائي النفسي أن يضم مقارنة المشكلة الحاضرة وبروفيل سمات المريض مع المضامين المشتقة من صراعات نمو معينة، وإدخال إطار عمل تنظيمي يرتبط بالصراع داخل النفس مع الأداء الوظيفي في

العلاقات الشخصية بما فيها السلوك المشكل الحالي، وهو مساهمة أساسية يستطيع الأخصائي النفسي تزويدها. وإطار العمل هذا أيضاً يمكن الأخصائي النفسي من دراسة الأداء الوظيفي للمريض بشأن تقدير الذات، ومشكلات الهوية الشخصية، لأن الصراعات الخاصة بالمرحلة تساهم مباشرة في تكوينها.

مراحل الصراع والسلوك المشتق

Conflict Stages & Derivative Behaviors

وفقاً لنظريات الدينامية النفسية فإن تكوينات الشخصية المبكرة أي السمات السلوكية المبكرة تصبح منظمة بالرجوع إلى موضوعات نمو معينة تتعلق بالاعتمادية، والسيطرة، والتوكيد، وكذلك المنافسة. تعكس هذه الموضوعات الموضوعات المشتقة المرتبة بمراحل النمو النفسي الجنسي الفرويدي أو النمو الفمي، الشرجي، القضيبي، والأوديبي، ورغم أن كل مرحلة نمو يتولد عنها سمات شخصية رئيسية، فإن المشتقات من أكثر مرحلة تبدو في الشكل كاملة النمو وتعكس مدى قابلية التغير، في الأجزاء التالية فإن تنظيم السلوك المشتق موصوف في الشكل المثال، عند الممارسة، يسعى الأخصائي النفسي لتحديد المزيج المشتق من السلوك الذي يظهر.

الصراع المبني على المرحلة الفمية

Oral- Dependent Conflict

إن الاضطرابات في مرحلة النمو الفمية المبكرة يمكن أن يتولد سمات سلوكية دائمة تشمل الحاجات المرتبطة بالاعتمادية الشديدة، وهناك مجموعة من الحاجات والسمات المقابلة لها قد تشمل دوافع قوية للإشباع الفوري، وردود الفعل للإحباط المعتمدة على مشاعر عدائية، والطلب الملح، والانقياد، والسلوك المشابه الذي يكون رد الفعل غير الناضج لمتطلبات العلاقات الشخصية والسمات المعتمدة على المرحلة الفمية تعكس بحثاً محموماً عن إشباع الحاجات، وردود أفعال اكتئابية، أو ردود أفعال تتميز بسورة غضب تقليدية نحو موضوع الاعتمادية.

في بروتوكول الاختبار فإن الإجابات التي تعكس هذا الصراع يمكن أن تشمل وجود حلول سحرية للمشكلات في القصص الإسقاطية وصور الطعام وحاجات التغذية أو التركيز على الأشخاص القائمين بالتغذية، والتركيز على الحيوانات بدلاً من البشر، والتركيز المتطرف على الحاجات الوجدانية عن طريق إظهار محددات

تظليل، وصور جرافيكية غير متمايزة وربما بدائية تفتقر إلى التفصيل الكبير، كما في أشكال العصا أو أشكال Roly-poly (أشخاص قصار ممتلئ الجسم أو كعك- المترجم) أو إنتاجات فارغة نسبياً، قد تكون هناك مضامين اكتئابية في الإنتاجات بها نماذج مصغرة من الإنتاج الجرافيكي، ونقص الانتباه للجوانب اللونية في بقع الحبر.

ويمكن استخلاص استنتاجات معينة حول هوية المريض، مع إشارة خاصة لتقدير الذات، بواسطة دراسة الصراع داخل النفس، كما توقعنا فإن الأشخاص الذين يكون سلوكهم الداخلي محدد بدرجة كبيرة بمشكلات الاعتمادية من المتوقع أن يعاني من أضرار وهشاشة في النمو والحفاظ على تقدير الذات، مع ذلك يجب أن يكون الأخصائي النفسي على وعي أن المرضى الذين يعانون من مثل هذه الصراعات سيخفون غالباً هذه الصراعات بعظمة تعويضية، وأنشطة سحرية غريبة، كما يظهرون كفاية ذاتية، كل أنواع سلوك التكيف هذه يمكن أن تكون أيضاً جزءاً من أعراض العلاقات الشخصية للمفحوص وتصبح ممكنة الفهم عند النظر إليها من منظور الوظائف الاشتقاقية Derivative وإطار العمل هذا ينظم الصراع داخل الشخص وكذلك العلاقات الشخصية ويوضح للأخصائي النفسي وللقارئ للتقرير الارتباطات المعقدة بين مشكلات الهوية النفسية الجنسية، وقضايا تقدير الذات وكذلك السلوك في العلاقات الشخصية.

السيطرة على الصراع في المرحلة الشرجية
Anal Control Conflict

موضوع النمو الثاني المحوري في تكون كل شخصية مبكراً والسمات السلوكية المشتقة تشمل تحديات مهام النمو أثناء الفترة التي تسمى المرحلة الشرجية أو مرحلة السيطرة، وخلال فترة الاعتمادية، فإن خبرة التغذية الناجحة وإشباع حاجات الاعتمادية الزائدة تولد استجابة أكثر استجابية لدى الطفل النامي والطفل قد يقابل مشكلات الانفصال، وزيادة الحركة، والتحكم العضلي الأكبر، وغيرها من الإنجازات الفيزيقية والانفعالية الأخرى التي تتفق مع النضج الأكثر والاستقلالية المناسبة للسن، وأثناء مرحلة النمو المعينة بالسيطرة مقابل اختلال السيطرة يواجه الطفل مطالب للأداء، السيطرة، والتمكن، وطبيعة خبرات الطفل في العلاقات الشخصية بشأن هذه المطالب يحدد تكوينات الشخصية الناتجة، وأنواع السلوك مثلاً إذا شُجع الطفل على الإنجاز لما يتفق مع قدراته ودوافعه

عند هذه المرحلة، فالاحتمال هو أن يطور الطفل هذا إحساساً بالتمكن الشخصي هذه الإمكانية مشابهة لإنجازات الطفل في مرحلة سابقة، أي على المستوى الاعتمادي عندما تحل مشكلة الانفصال بنجاح، والنجاح في تطوير استقلالية ذاتية للطفل يساهم في نسيج نمو الأنا.

لذلك تنشأ صعوبات النمو مبكراً في خبرة الطفل، عندما تكون متطلبات النمو التي تشمل موضوعات الاعتمادية والسيطرة قد كونت كثيراً بالصراع في ظل هذه الظروف فإن تكوينات الشخصية المبكرة تضمن ظهور سلوك العلاقات الشخصية المشكلة الناتج.

على مستوى السيطرة الشرجية فإن بعض صراعات النمو الأضرار تظهر وتشمل صراعات إفراط السيطرة التي تولد سلوك ناتج يتألف من مجموعة سمات مثل النظافة، التجسيد Objectification الجمود، الترتيب، الصلاح، وقدرة المشاركة الوجدانية المنخفضة، ويوجد صراع آخر في هذه المرحلة هو وجود سيطرة ضعيفة أو اختلال سيطرة ومجموعة سمات الشخصية التي يمكن أن تتولد عن هذا النوع من المشكلات تشمل التعبير عن العدوان، والاندفاعية، الجدال، والتهور، وعدم الصبر، والسلوك غير المقيد بصفة عامة. من الناحية التشخيصية، فإن صراعات فرط السيطرة كثيراً ما تشير إلى نمط شخصية وسواسية قهرية على النقيض، فإن الشخص ذي اختلال السيطرة يظهر سلوكاً أو نمط استجابة يشبه النمط التشخيصي السيكوباتي.

في البروتوكول فإن الشخص مفرط السيطرة كثيراً ما ينتج العديد من التفاصيل في المادة الجرافيكية قد تكون الإنتاجات مقيدة، سمتيرية وآلية وليس ابتكارية والحاجة للتناظرية أو السمتيترية قد نلاحظ أيضاً كاستجابة نمطية على المادة الإسقاطية.

على النقيض فإن الشخص ذي السيطرة القليلة أو المختلة يظهر أساساً نقص الاهتمام بالحدود، خاصة في المادة الجرافيكية حيث تقل سلامة الجسم، وقد يصطدم شخصاً بآخر كذلك فإن نمط الشخصية هذا قد يكشف عن تقلب في دمج اللون في اختبار الرورشاخ.

بواسطة استخدام محددات اللون السائدة وقلة استخدام محددات الشكل مما يعكس السيطرة والاعتماد على محددات اللون يتفق مع أسلوب قهري انفعالي قد يُمثل أيضاً بواسطة زمن رد الفعل التعبير للغاية والتفكير القليل في إخراج إنتاج.

في العلاقات بين الأشخاص فإن المريض مفرط السيطرة يميل إلى البحث عن

عنصر السيطرة والعلاقات المطابقة لضمان وتأمين هذه السيطرة والاستنتاجات الممكن استخلاصها من هذا السلوك في العلاقات الشخصية يشمل صعوبة الاقتراب، وموضوعية غير تعاطفية، وطريقة شحيحة في الارتباط بالآخرين.

والمفحوص قليل السيطرة أو ذي السيطرة المختلة دائماً يبتعد عن إقامة علاقات حتى يتجنب الالتزام والمشاركة الأعمق، يؤدي هذا السلوك إلى أسلوب في العلاقات الشخصية سطحي إلى حد كبير كإستراتيجية توافق، وهو مبني على افتراض مسبق بوجود مطالب خانقة باعتبارها محورية في أي التزام أو علاقة، هنا ثانية نؤكد أن الجسر بين الصراع داخل النفسي Intrapsgohic والعلاقة الشخصية المشكلة يمكن تمييزه.

ومشكلة النمو الأساسية في مرحلة النمو هذه هي التمكن (مرحلة السيطرة الشرجية) ينعكس ذلك في السلوك بين الأشخاص المرتبط بالمطالب المتأصلة في أي علاقة، وكذلك في حل الصراع على السيطرة واختلال السيطرة.

والتوترات في التزامات العلاقات الشخصية يمكن أن ترتبط بمشكلات الهوية وتقدير الذات ومن الآثار الانفعالية المستنزفة التي تتراكم من الصراعات التي حلت حلاً ضعيفاً أثناء مراحل الاعتماد الفمي، والسيطرة الشرجية هي زيادة مشاعر الإحباط، والغضب، والامتعاض، وتراكم الغضب الناتج عن المرحلة الفمية الفقيرة النتائج والتي تفاقم في المرحلة الشرجية ضعيفة الإدارة هي مؤشر الأعراض تتألف من سمات مرتبطة بالغضب. تظهر هذه السمات كجزء دائم من تكوين الشخصية وتؤكد على سلوك المريض في العلاقات مع الأشخاص وكذلك في الإحساس بالهوية. يشمل ذلك طرقاً استغلالية وتحايلية للتعامل مع الناس وطريقة مميزة لإحباط الآخرين بسبب صعوبة الوفاء بالعهود، والإحساس غير الأصيل بالذات ينقل، وبالتالي يمكن الحفاظ فقط على مشاركات سطحية

وتضرر تقدير الذات أثناء هذه المرحلة يمكن أن يولد سلوكاً اشتقاقياً فيه يصبح الشخص مقيداً بمشاعر الغضب الغير ممكن توصيلها مباشرة، ويبني اتجاهات الكرامة، وانتقاد الآخرين، والسعي بلا هوادة لترشيد سخطه، لذا ليكون تقدير الذات سلبياً وبصورة كثيفة عندما لا يتم حل المرحلة الشرجية والسيطرة بطريقة معقولة ويصبح من الواضح ان الغضب والسلوك المرتبط به يلعبان دوراً مهماً في الهوية النفسية الجنسية، وفي تقدير الذات، في العلاقات مع الأشخاص للمفحوص.

الصراع حول توكيد الذات في المرحلة القضيبية
Phallic – Assertion Conflict

موضوع النمو الثالث في تكوين الشخصية مبكراً والسلوك في العلاقات بين الأشخاص هي مرحلة النمو التي تتطلب من الشخص أن يصبح توكيدياً في محاولته لإشباع الحاجات وتحقيق الأهداف، ومحور ذلك يفترض سلفاً وجود أساس مبني على الحل الناجح نسبياً لحاجات الاعتمادية والسيطرة المستمدة من المرحلتين السابقتين، وهكذا عند وجود اضطرابات في فترة توكيد الذات القضيبية من المتوقع تطور مشكلات معينة في تكوين الشخصية حول موضوع توكيد الذات. مثلاً تلبية مطالب هذه المشكلة قد ينتج عنها سلبية وكذلك تقيد إمكانية توكيد الذات من خلال الغضب فقط، وتوجد أيضاً صوراً عديدة من السلوك السلبي والعدواني، بما في ذلك طرق التصرف السلبية/ الاعتمادية. كذلك فإن الحل الوسط الأساسي في هذه المرحلة هو تكوين نمط سلبي/ عدواني.

في برتوكول الاختبار فإن عينات من الإجابات الممثلة لمشكلات توكيد الذات القضيبية تشمل تأخير الاستجابة أو أزمنة رد الفعل المتطرفة المتفقة مع التردد في التعبير عن حاجات توكيد الذات. وقد تظهر سمات المشاعر العدائية في المادة الجرافيكية، كما تقترحه التفاصيل على شخيصات مثل وجود أسنان، أو قبضة يد، أو أصابع تشبه المخالف، في الوقت نفسه، فإن الجشتالت يمكن أن يميل إلى أن يظهر طفولي، ضعيف، صغير وغير مهدد. في القصص الإسقاطية، فإن الإجابات التي تعكس هذه المشكلات تشمل موضوعات تكشف عن التعبير غير المباشر عن الحاجات لدى المفحوص أو الاستعداد للتعبير عن الغضب، وبدلاً من التعبير المباشر عن الحاجات بطريقة غير غاضبة والثقة بالنفس، وبطريقة توكيدية.

والكف المميز حول التعبير وتوكيد الحاجات بطريقة مباشرة وصريحة أيضاً يتضمن نقص تقدير الذات المرتبط – صراع توكيد الذات القضيبي ولأن الأهداف ينظر إليها عادة على أنها صعبة المنال، يصبح من الواضح أن العجز الظاهر عن تحقيق أهداف المرء يقلص من الإحساس بتقدير الذات.

وبوجه خاص يصبح من المتوقع على نحو أقل أن ينظر للأهداف على أنها مشروعة عندما يكون السلوك التوكيدي وتقدير الذات قليلة النمو، نتيجة لذلك فإنه فقط عندما يقود إحباط المرء إلى الغضب الصريح أن يكون سلوك توكيد الذات

محفوفاً بالمخاطر، هذا الحظر يمكن أن يتم فقط في سياق التحرش، أو الغضب، أو الاحتجاج، وهذا السلوك التحريضي في العلاقات الشخصية له أثر مدمر مقيد على نوعية العلاقة الممكن تطويرها.

والآثار المقيدة للعلاقات الشخصية التي تستمد من الأضرار بتوكيد الذات وتقديرها تصبح ظاهرة عند محاولة إقامة علاقات شخيصة حميمة، مثلاً الشخص قد يكون علاقة فيه يكون سلبياً ومدمراً على نحو كبير بسبب الغضب الذي تراكم أثناء فترة السلبية، هذا النوع من النمط السلوكي يؤكد على العديد من العلاقات الزيجية وربما يشبه النمط المبكر للعلاقة التي كانت موجودة عند نشوء الصراع، مثلاً السلوك السلبي/ العدواني بصفة عامة يثير استجابة غاصبة من المرتبطين بالمريض في الوقت الحاضر كما كان الحال في مرحلة تكوينية سابقة.

وثمة نمط تفاعلي آخر قد يميز المشاركة السلبية/ العدوانية تشمل التعبير بالأغراض المرضية عن عجز إما في مجالات عريضة مهنية وأدوار رعاية، أو في السياق الجنسي الأضيق، ومثال ذلك الزوج العاجز جنسياً مع زوجته كوسيلة للتعبير عن توكيد لذاته والسلطة بطريقة انتقامية، هذا النمط من السلوك العدواني/ السلبي يعبر بطريقة تحريضية رمزية عن الغضب بطريقة سلبية وإن كانت تحرشية محبطة، وبالتالي فإن الصراع السابق السائد للمرحلة القضيبية يحتوي على صفات سلبية/ اعتمادية وسلبية.

الصراع الأوديبي التنافسي

Oedipal Competitive Conflict

موضوع النمو النهائي الذي سندرسه هو موضوع التنافس سيء التكيف كاستجابة لمنافسة مبكرة لم تحل وتنافس مع الوالد من نفس النوع، والإدارة غير الناجحة المبكرة لهذه المشكلة يولد حلول سلطة للصراع في العلاقات بين أفراد الأسرة هذه الحلول قد تتخذ صوراً شتى، أحداها السلوك الاشتقاقي، مثلاً قد يكون صراعات متكررة حول مشاعر الولاء وعدم الولاء، والحل الظاهر النمطي قد يشمل غزوات جنسية متكررة، وردود الفعل بالشعور بالذنب عقب سلوك عدم الولاء المفترض هو مثال آخر للشكل الذي فيه المشتقات الأوديبية قد تظهر عندما يصبح الصراع بين الولاء وغير الولاء زائداً عن الحد، قد يعاني الشخص من ثنائية وجدانية Ambivalence في المشاركات في العلاقات الشخصية، تشتق

هذه الثنائية الوجدانية من الإحساس الصارم العلني بالولاء للمشاركات غير واضحة في الماضي والتي تظهر كامل الالتزام في العلاقة الجنسية وكذلك في الحب الأفلاطوني، هذه العلاقة الديناميةِ الخاصة تكشف عن أنه فضلاً عن قضايا التنافس والمنافسة، فإن الصراع المرتبط بالالتزام هو مشتق آخر من المرحلة الأوديبية.

والبيانات التي تعكس الصراع الأوديبي يمكن أن تظهر في البروتوكول مثلاً في مظهر صراعات متكررة لتبؤ الأفضلية بين الأشخاص في المادة الإسقاطية، والاهتمام بالتناظرية أو السيمترية في بقع الحبر قد يعكس موضوعات منافسة أساسية، في القصص الإسقاطية قد تتميز المشكلات الأوديبية في العلاقات الشخصية بموضوعات الشك، والشعور بالذنب، والعوائق أمام الالتزام الكامل في العلاقات طويلة الأجل، وموضوع الجنسية القهرية في غياب علاقة دائمة قد يمثل أيضاً مشكلات في الفترة النفسية الجنسية.

والتمكن في الصراعات الأوديبية التنافسية يمكن أن يولد ظروف فيها التعاون، والرفقة، والالتزام يصبحون إنجازات قيمة، وعند حدوث أضرار في تكوين الشخصية أثناء هذه المرحلة، في السلوك اللاحق في العلاقات الشخصية يتأثر بانخفاض تقدير الذات، نتيجة لذلك فإن القدرة على القيام بدور الراشد تتناقص، والشخص الذي تتأثر هويته بهذا الشكل يمكن أن يطور اتجاهات مشتقة من مرحلة معينة من أجل خفض مشاعر القلق المرتبطة بانخفاض تقدير الذات، ومن طرق تجنب تهديد نقص تقدير الذات هو اتخاذ موقف مقبول، والذي يتبنى هذا الاتجاه يكون لديه ميلاً للتأثر بسهولة والقابلية للإيحاء Highly Suggestible وثمة سمة أخرى مرتبطة بمرحلة النمو لدى الشخص الذي انخفض تقديره لذاته هي تطوير موقف نقدياً نحو العالم، هذا الموقف يكون مصمماً لتركيز النقد على العالم بدلاً من توجيهه لنفسه.

وأضرار النمو في المرحلة النفسية الجنسية تحتوي على مضامين تشخيصية، واتجاهات الميول الهستيرية تنعكس بواسطة القابلية للإيحاء شبه الطفولية، والميول البارانوية تنعكس بواسطة النزعة النقدية والشك، وبالتالي فإن المضامين التشخيصية متأصلة في دراسة الهوية والعلاقات بين الأشخاص كما تحوي عناصر خصائص الشخصية.

الاستنتاج Conclusion :

إن الجزء الخاص بالعلاقات بين الأشخاص في تقرير التشخيص النفسي يكمن في كل الأجزاء السابقة المتعلقة بتنظيم وبناء الديناميات وتكوين سمات الشخـصية وتحليل هذا التسلسل يعرض معلومات في شكل يعكس طريقة تـصرف المـريض فعلياً.

هذا الجزء من التقرير أيضاً يمكن الأخصائي النفسي من استخلاص فروضـاً نهائية حول الأداء الوظيفي للمريض، تزود هذه الفروض وتمحص طوال الأجزاء السابقة من التقرير، والعبارة النهائية حول وظيفية المريض ونـذر سـير الحالـة المرضية Prognosis تركز بشدة على هذه الفروض التي صقلت بدقة.

وكاستهلال وإطار عملي لتحليل التشخيص ودلائل تطور الحالة فـي الفـصل التالي نوقش تنظيم الشخصية وتشخيصها وشكل الشخصية بشكل أساسي مدى كامل من الاحتمالات التشخيصية ويعرض جزء وسيط بين جوانب داخل النفس وأخـرى خارجها للشخصية، في نهاية الفصل التالي نعرض ملخص للفصلين.

١٣

الفصل الثالث عشر
السلوك بين الأِشخاص: (تشخيص الشخصية)

الفصل الثالث عشر
السلوك في العلاقات بين الأشخاص
Interpersonal Behavior

تشخيص سمات الشخصية
Character Diagnosis

إن جوهر بناء الشخصية يتعلق بتنظيم سمات الشخصية الدائمة أو الميول داخل الفرد، وبناء الشخصية ينعكس بوضوح في سلوك الفرد، لذلك من الممكن وصف شخص ما في ضوء بناء شخصيته النمطي أو سلوكه.

وتكوين الشخصية يتطور من الولادة فصاعداً واندماج وتراكم ردود الفعل النمطية للضغوط الاجتماعية والضغوط النفسجنسية والمطالب تتم بناء على نمو الفرد من كلا المصادر الداخلية والخارجية، والحلول الوسط Compromises التي يتوصل إليها الفرد عند تلبية هذه المطالب هي محددات شخصيته، وبالتالي لا يستطيع أي فرد أن يشبع بصورة كاملة تيار المطالب بصورة طبيعية تلك الناشئة عن الوالدين، أو الزملاء، أو سلطات خارجية، أو ضغوط داخلية بإحساس ضروري بالوصول لحلول وسط، فبعض المطالب تشبع بصورة كاملة أكثر من غيرها، والمهم أن الأخصائي النفسي يجب أن تتضح أمامه طريقة تلبية الفرد النامي مطالبه وتوقعاته عن طريق التعبير عن سماته الفردية.

ويمكن تطوير أنماط عديدة من السمات والتعبير عنها في الشخصية وبلغة التشخيص، فيمكن دراسة هذه الأنماط عند تشخيص الشخصية أو اضطراباتها، في الأجزاء التالية ستكون معظم المناقشات حول الأعراض الإكلينيكية في شكل عرض التشخيصات.

الشخصية السلبية/ العدوانية
Passive- Aggressive Personality

إن تنظيم السمات السلبية/ العدوانية مصمم أساساً لإشباع السلطة وتجنب العقاب في الوقت نفسه، وذلك يتحقق بطريقة تحبط الشخص الذي يدرك على أنه السلطة، حتى يستطيع الفرد أن يكتسب بعض الإحساس بالاستقلالية مع التعبير عن

التحدي، مثلاً الطفل ذو الوالد كثير المطالب الذي يطلب الطاعة العمياء والإذعان الكامل كثيراً ما يستجيب بطاعة سلبية- عدوانية مزودة حتماً بسمات من قبيل البطء، والعناد، والتأجيل، والنسيان، وكذلك عدم إكمال المهام.

بهذه الطريقة تتشكل شخصية الفرد وتكون سلسلة من السمات السلبية/ العدوانية التي تبدأ في شغل مكان خاص في بناء الشخصية، فضلاً عن ذلك كما وصفنا في الفصل الحادي عشر في البناء الدفاعي، فإن تطوير سمات الشخصية يتعزز أيضاً عن طريق التوحد والاستدماج، في المثال المذكور لا يبدأ الفرد النامي فحسب تطوير سمات شخصية نتيجة لحلول وسط في علاقته بالمطالب والتوقعات، بل يتوحد أيضاً مع ويستدمج هذه المطالب والتوقعات، وتظهر عملية التوحد أن الطفل أو الراشد الذي يعمل بطريقة سلبية/ عدوانية على مستوى دوافع أعمق يعاني من دفعة طاغية تعكس أسلوب والدي وكذلك تعزز رد فعله السلبي العدواني.

وعند تبلور هذه المصادر الداخلية والخارجية لاستجابات المميزة للشخص يتطور جانب الشخصية ويصبح جزءاً من طريقة ثابتة دائمة يستخدمها في مختلف الظروف، إذا كان الضغط على تكوين سمات الشخصية كبيراً فإن كل وظيفية الشخص تقريباً تكون متضمنة وتكون النتيجة حدوث اضطراب شخصية، كما يشار إليه في دليل التشخيص (DSM-III) ويُستخدم مصطلح اضطراب الشخصية للإشارة إلى أن معظم شخصية الفرد متضمنة والمدى العريض للظروف التي فيها تظهر هذه السمات المميزة غير تكيفية بما يكفي لاعتبارها اضطراباً.

المثال السابق اقترح تطور اضطراب شخصية سلبية/ عدوانية في بروتوكول الاختبار، فإن الاستجابات السلبية/ العدوانية الممكن اكتشافها فوراً بواسطة التأخير غير الضروري للإجابات، مما يعكس سمة الإعاقة للإجابة، واستخدام ثنائية وجدانية وسواسية يعكس في كثير من الأحوال أيضاً معالجات سلبية/ عدوانية ورسومات الأشكال قد تكون مشحونة بشخصيات عدوانية صريحة أو دقيقة فيما يتعلق بالأصابع والأسنان، إلا أن التعليقات العفوية بواسطة المفحوص يمكن أن تشير على نحو متناقض ظاهرياً إلى دافع مقبول والقصص الإسقاطية تظهر عدم توازن السلطة مع ذلك فهي توجد حلولاً لا تعارض السلطة، ونتيجة هذا الاضطراب هو نوعية عدم الكفاءة العمدية التي تنقل المشاعر العدائية بطريقة غير مباشرة، وتوجد أنواع عديدة أخرى من اضطراب الشخصية يمكن وصفها، ويذكر

دليل التشخيص (DSM-III) مثلاً منها وبغرض الملاءمة والفائدة الإمبريقية، سنعرض أكثر الاضطرابات للشخصية التي نواجهها عادة كذلك، عرضت مقترحات للأخصائي النفسي بشأن المحتويات الإسقاطية التي قد ترتبط بكل مجموعة أعراض.

الشخصية البارنوية

Paranoid Personality

إن التصور العادي للشك وعدم الثقة بالبارنوية ينطبق أيضاً على اضطراب الشخصية هذا، والأفراد ذو هذه الخصائص مفرطو الحساسية، والأهم أنهم منتقدون بدرجة عالية للعالم الخارجي، وسمة الانتقاد هذه تفيد غرض تحويل النقد من النفس إلى الآخرين، ويمكن استنتاج أن هذا السلوك كثيراً ما يعكس توحداً مع الأب الذين يظهر سمات شخصية مماثلة، وهكذا يستطيع الطفل استيفاء شروط الوالد التي فيها يتم التحقق من صحة هذا الأسلوب حتى يتم إدخال عنصر الانسجام إلى علاقة الطفل/ الوالد. كذلك فإن تكوين حل وسط في هذه الحالة، الانتقاد البارانوي– يعكس حقيقة أن الطفل ضمنياً وافق على تبني وجهة النظر هذه عن العالم مقابل وجهة نظر العالم التي ربما كان يطورها بطريقته، وسمات الشخصية المرتبطة تشمل المشاعر العدائية، العناد، الجدال، والغيرة من تقدم الآخرين، فضلاً عن ذلك يكون الوجدان بصفة عامة بارداً، غير انفعالي ومقيداً.

ومحتويات بروتوكول الاختبار قد تعكس ميول جامدة معارضة وعلاقات بين شخصية تتخذ بموضوعات المشاعر العدائية والسلطة، كذلك فإن رسومات الأشكال قد تظهر تعبيراً عن الجمود والشك في العيون، والحدوث المتكرر للرسومات في البروفايل، ووفرة استجابات المساحة في بقع الحبر، كما في عكس الشكل والأرضية، كثيراً ما يشير إلى اتجاه معارض، والتركيز على استجابات الحركة غير الحية تعكس إحساساً بارانوياً لسلطة في البيئة الخارجية، وقد يميز أيضاً الإجابات على بقع الحبر. أخيراً فإن نقص استخدام محددات مختلفة وتركيز متطرف مقابل على استخدام الشكل على أنه المحدد الرئيسي ربما الوحيد قد يكون هو السائد. كل هذه النتائج يمكن أن تحدث في سياق خال من المؤشرات الذهانية.

الشخصية الفصامانية

Schizoid Personality

النظرة التقليدية للشخية الفصامانية تتعلق بأسلوب للشخصية يتميز بالانعزالية، والبرود، والبعد عن الناس، وكثيراً ما تصدر شكاوى من هؤلاء الأشخاص أنهم عاجزون عن التعبير أو ربما عن الشعور بالانفعالات الدافئة نحو الآخرين، هؤلاء الأطفال يطورون بالكاد صداقات حميمة وهم غير مبالين بالمشاعر، والثناء، أو النقد الذي يعبر عنه الآخرين، وغياب الاتصال والعلاقات مع الآخرين يشير أيضاً إلى سمة الانسحاب ولأن الانسحاب وانعزل بناء هذه الشخصية أساسي، فإن قدرة هذا الشخص على بناء علاقات دائمة وثيقة تقل بالفعل والمهارات الاجتماعية تكون محدودة، بناء عليه فإن حياة الحياة تكون هي الدافعة والإشباعات تتحقق إلى حد كبير عن طريق هذا النشاط، وأخيلة هذا الشخص كثيراً ما يكون له صفة عدائية نادراً ما يعبر عنها مباشرة في السلوك. في حالات كثيرة لا يتأثر الأداء في العمل كثيراً وقد تتحقق إنجازات.

والأخصائي النفسي سوف يكتشف استجابات بروتوكول الاختبار تميز الاضطراب الفصامي الذي يشمل الحد الأدنى من العلاقات بين الأشخاص أو المحتوى الإنساني، وغياب استجابات اللون والاستخدام المحدود لمجموعة محددات مع التركيز على الشكل كمحدد رئيسي مستخدم موجود في إجابات بقع الحبر في رسومات الشكل، نجد أشكال القصص غير شائعة، وغياب خط مظلل يعكس توترات حقيقية، رغم أن أدوات العدوان قد تظهر أيضاً.

الشخصية الهستيرية

Hysterical Personality

الأفراد المصابون بهذا الاضطراب كثيرًا يكون مستغرقين في حاجات مبالغ فيها للإشباع والاهتمام، ويكونون مفرطو النشاط، متقلبين انفعالياً، متهورين، وفي أحيان كثيرة نكدين، والأهم أنهم يظهرون درجة عالية من القبول للإيحاء وغياب الإحساس التقويمي المفيد، يميل هؤلاء الأشخاص إلى أن يصابوا بالملل بسهولة كذلك يحتاجون إلى إثارة خارجية زائدة، وأيضاً يبدون ضحلى الانفعال ويتصرفون بطريقة اعتمادية أو بطريقة إغرائية مبالغ فيها، ويقضون وقتاً كبيراً في أخيلة رومانسية.

في بروتوكول الاختبار قد يلاحظ الأخصائي النفسي أن القصص عادة مركبة

بحلول سحرية للمشكلات المتضمنة علاقات مع الأشخاص في رسومات الشكل، تكشف الخصائص الكونية عن توجه نرجسي، وكثيراً ما تشير غياب تفاصيل العين مع وجود ابتسامة إلى الإنكار كميكانيزم دفاعي رئيسي Denial والإنكار يغذي استخدام القدرات التقويمية الهستيرية في حدها الأدنى، كذلك يستطيع الأخصائي النفسي أن يكتشف عجز الشخص عن إكمال مهمة ما، وزمن رد الفعل السريع وغياب الاهتمام بمنطق التفاصيل قد يشاهد.

الشخصية النرجسية
Narcissistic Personality

الأشخاص من هذا النوع كثيراً ما يصعب تمييزهم من ذوي الشخصية الهستيرية، وفي حين أن الهستيري يركز إلى حد كبير على الأخيلة الرومانسية، فإن الشخص النرجسي أيضاً يهتم بالإنجاز، أي بكل إنجاز بفرط في تقويمه، والمشكلة الرئيسية لدى الشخص النرجسي تدور حول الاهتمام بتقدير الذات والإحساس المبالغ فيه بالذات يتعزز بواسطة أي دليل صغير وكذلك ينقص بواسطة أي استهانة خفيفة نتيجة لذلك يمرون بلحظات الشك في الذات التي فيها يقل من تقدير الذات والأخيلة في معظمها تتعلق بغزوات لا نهاية لها تتميز بموضوعات السلطة، والإعجاب، والنجاح غير العادي مع أي شيء آخر قد يدرك على أنه استثنائي حول الذات، كذلك يتوقع هؤلاء الأشخاص الحصول على حقوق خاصة ولا يستطيعون فهم سبب عدم إشباع حاجاتهم وعلاقاتهم مع الآخرين تميل إلى التركيز ما يستطيع الآخرون تقديمه لهم بدلاً من التركيز على الجوانب الأعمق والأهم للمشاركة.

في بروتوكول الاختبار قد يجد الأخصائي النفسي أن بروفيل البيانات يدور حول الاستعراضية Exhibitionism والاستجابات التي تعكس حاجات تعويضية مثل مشاعر العظمة قد تظهر. هذه الاتجاهات يمكن ملاحظتها في تحليل المحتوى لبقع الحبر والقصص الإسقاطية، ورسومات الشكل بالمثل قد تكون موسعة، وتشمل في الغالب إظهار لمشاعر العظمة والتعظيم.

الشخصية الحدية (البينية)
Borderline Personality

هناك عوامل ثلاثة رئيسية تصف هذه الشخصية، أولاً هو السطحية، ونقض عمل أي علاقة موجودة، ثانياً يكون هناك رصيد كبير من الغضب الدفين تحت

السطح للتفاعل العادي، وأخيراً فإن عدم الاستقرار يميز الصورة الذهنية عن الذات، وتقدير الذات، والهوية الشخصية والجنسية، ومع مخزون الغضب، وضوابط متحولة والشخصية الحدية، بخلاف النوع الفصامي، قد يذكر عدم الراحة من فترات العزلة والوحدة، والسمات الإضافية تشمل التشاؤم، والاندفاعية، ومشكلات أو صفات الإدمان تعكس ميول قهرية، وسواسية، وبارانوية، وفصامية، ونرجسية قد توجد في بروتوكول الاختبار، سيكون لدى الأخصائي النفسي انطباع أن المفحوص يتضايق بسهولة، وتظهر نوعية شخصية هشة، ويمكن أن نشاهد أيضاً مجموعة استجابات غير متسقة وبالتالي فإن صورة الأعراض المختلطة تشير إلى تشخيص الشخصية الحدية، في البروتوكول مثلاً فإن الإجابات المحتوية على عناصر عملية أساسية مشابهة لاستجابات مرضى الذهان قد تظهر، وبالتالي يكون البروتوكل إلى حد كبير غير متسق وشهواني ويعكس عدم إمكانية التنبؤ، فضلاً عن وجود انطباع تشخيصي مختلط، يجب أن يكون في مقدور الأخصائي النفسي اكتشاف مخزون واضح لدى المفحوص، وكذلك جمع عينات من الاستجابات من الروايات الإسقاطية التي تظهر اختلاط الهوية وسطحية جوهرية في العلاقات.

وعدم الاتساق قد يلاحظ بين الروايات المقنعة في اختبار التات T.A.T مما يكشف عن اختبار الواقع الملائم، ونوعية الشكل الضعيفة، ومادة العملية الأولية التي قد تظهر في الرورشاخ والميل للسمات الوسواسية، الفصامية، والنرجسية، والبارانوية تظهر في البروتوكول نمطية أيضاً، والاهتمامات بالهوية الشخصية والجنسية قد يظهر في البروتوكل في مجموعة عريضة من الأشكال. أخيراً فإن الإجابات الخاصة على الرورشاخ والقصص الإسقاطية تميل إلى إظهار اهتماماً كبيراً بموضوعات الشعور بالوحدة.

الشخصية السيكوباتية أو المضادة للمجتمع

Psychopathic or Antisocial Personality

الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب يظهرون حاجات مهمة وقاهرة للتعبير عن الصراعات الداخلية التي لم تحل في سلوكهم، والتعبير عن الصراعات قد يكون مضاداً للمجتمع أو غير مضاد له والأعراض السيكوباتية ترتبط بالعدوانية، والهروب، والعجز عن الاحتفاظ بالعمل، وقصر مدة الانتباه، والحاجة لتبرير السلوك بالكذب أو سائر الاستراتيجيات التحايلية الأخرى، ومشكلات المزاج مثل الاكتئاب كثيراً ما تؤكد على وجود اضطراب العدوان هذا.

من الضروري التمييز بين الشخص العدواني المضاد للمجمع عن الشخص السيكوباتي غير المنضبط، والشخص السيكوباتي ذوي السيطرة المختلة قد يسيطر على الصراعات الداخلية وتدريجياً يقل من العدوان والأطفال الذين كانوا قد شخصوا بمشكلات سلوكية وقليلي التحصيل حسب التقدير المدرسي قد يبرهنون لاحقاً أنهم قادرين على التعامل بشكل أكثر مرونة مع التحديات والمطالب، وهذا أقل احتمالاً للشخصية المضادة للمجتمع، والذي يستطيع صاحبها أن يصبح في بيئة سجن يقيد احتمال التأهيل أو النمو.

ونتائج بروتوكول اضطراب الشخصية هذا معروضة تفصيلياً في الفصل (٩) تحت عنوان الدفعات مقابل السيطرة، ويكفي القول أن البروتوكول في كل الجوانب- الإجابات على بقع الحبر، والمادة الجرافيكية، والقصص الإسقاطية، ونتائج اختبار الذكاء ستتشبع سمات اندفاعية.

الشخصية المعتمدة

Dependent Personality

هذا الاضطراب كان ينظر إليه على أنه نسخة من اضطراب الشخصية السلبية/ العدوانية والسمة الاعتمادية لهذا الاضطراب تحتوي على مكون أساسي يتعلق بالسلبية، حتى تصبح اتخاذ القرار المستقل الذاتي تقليد للعلاقة بين الوالد/ الطفل في كل العلاقات الشخصية، يميل هؤلاء الأفراد إلى تجنب المطالب والمسئوليات، وقد يكشفوا أيضاً عن ميل شديد للاكتئاب والغضب غير المباشر، وقد يعاني مشاعر اكتئابية أثناء فترات الانفصال، لذلك فإن مشاكل الانفصال هنا تعتبر رئيسية.

في بروتوكل الاختبار فإن القصص الإسقاطية قد تتميز بسمات اعتمادية متطرفة، وحلول سحرية للمشكلات، واعتماداً على الآخرين للقيام بالأنشطة المؤدية إلى تحقيق الأهداف، ورسومات الأشكال قد تتميز برسومات تشبه رسومات الأطفال، ورغم أن اختبار بقع الحبر قد يتولد عنها عدد متوسط من الإجابات، فقد يفتقر كثيراً إلى تركيز على التفاصيل، بالأحرى فإن الأشياء المدركة ستتركز على الاستجابات التقليدية البسيطة الكلية سهلة التكوين. والمحتويات الحيوانية قد تكون مرتفعة وقد تظهر دوائر نكوصية في المادة الجرافيكية.

الشخصية غير الملائمة
Inadequate Personality

ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالشخصيات المعتمدة وتلك الحدية، ورغم أنها لم يعد معترف بها في دليل التشخيص (DSM-III) رغم ذلك فهي موجودة هنا بسبب تكرار وجودها والسمة الرئيسية لهذا التشخيص تشمل قلة الاستجابات الشديدة في كل جوانب الشخصية، يشمل ذلك قلة الإجابات في مجال العلاقات مع الآخرين، وفي الدراسة، والمهنة، والوظيفة الجنسية وما يرتبط بقلة الإجابات هو سمات من قبيل مشاعر عدم الملاءمة القوية، ومشاعر الدونية، والإحساس بالميل للبكاء Weepy والذي يظهر غالباً في سياق الوحدات الميلودرامية والوقار بشأن علاقات السلطة، ورغم أن هؤلاء الأشخاص قد يظهرون معدل ذكاء مرتفع، ومهارات قراءة عالية، ومستويات عالية من التصور النظري، فإن مهارات الأداء وتوكيد الذات تكون ضعيفة لأقصى حد.

في بروتوكول الاختبار فإن المدركات قد تكون جذابة ومتنوعة لكن كل درجات اختبارات الأداء ستكون ضعيفة، ورغم أن العدد القليل من الإجابات قد يزود في اختبار الرورشاخ، مثلاً بعضاً منها قد يعكس الإبداع والأصالة، والذكاء المرتفع، وعلى النقيض في رسومات الأشكال قد تنتج أشكال العصا، وفي اختبار الذكاء فإن درجات الأداء قد تكون مقيدة كثيراً على نحو دال.

الشخصية القهرية
Compulsive Personality

الأشخاص ذوي سمات الشخصية القهرية يظهرون استجابة غير عادية للتفاصيل التي تعكس الطريقة النازعة للكمال، فضلاً عن ذلك توجد حاجة قوية للإغلاق وإحساس السيطرة على العالم المتطرف، واللذة كثيراً ما ترتبط فقط بإكمال المشروعات أو بإحساس بالجهد الموجه نحو التنظيم بطريقة مسهبة، هؤلاء الأشخاص تستهلكهم الحاجات للسيطرة على التوتر والقلق، ونتيجة لذلك لا تتوفر إلا الحد الأدنى من الطاقة تكرس للمشاركة في العلاقات مع الأشخاص، والأفراد ذوي السلوك القهري أيضاً يهتمون صراحة بالقواعد واللوائح، ويتميز سلوكهم بالتركيز على الشكل بدلاً من المحتوى، مثلاً الطالب الذي يرسم على الكتب الدراسية بوضع أحبار متعددة الألوان، دائماً ما يكون واعياً لاستخدام مسطرة حتى تصبح كل صفحة ملونة، ومنظمة بإتقان، ولا يستطيع في كثير من الأحوال

استيعاب محتوى المادة، والقضية المهمة هي الإكمال المنظم لمهمة ما مصممة للسيطرة على القلق، وليس تعلم العمل، كذلك فإن المشروعات كثيرا ما لا تكتمل بسبب القلق والاجترار المتعلق بإنجاز المهام والإجراءات المناسبة فحسب، والانشغال الأخلاقي والحكم على الذات بشدة قد يشاهد أيضاً وسواء استطاع هؤلاء الأشخاص السيطرة على ما يحيط بهم أو على الأشخاص الآخرين فقد يعانون من الاكتئاب.

في بروتوكول الاختبار تكون السمات القهرية منتشرة في كل اختبار والمادة الجرافيكية تكون منظمة، ومنقمة، ومقاسة ومفعمة بالتفاصيل العديدة، والتركيز على التفاصيل الذي يظهر في الإجابات على بقع الحبر، وفي القصص الإسقاطية قد يظهر أيضاً فقدان منظور أوسع.

هذه المناقشة لأساليب الشخصية الأساسية تعمل كجسر بين الفصول السابقة عن الأداء الوظيفي العلاقاتي، والفصل التالي عن التشخيص والغالبية العظمى من أساليب التعامل مع الآخرين والحاجات يمكن تأويلها في إطار يتكون من أنماط شخصية رئيسية أو مجموعات من السمات مستمدة من أكثر من نوع من الشخصيات.

وسيجد الأخصائي النفسي أنه من المفيد جمع عينات عديدة للإجابات في البروتوكل وكذلك استخدام الفروض المطورة طوال التقرير من أجل تصفية السمات الأساسية للمريض قبل مناقشة التشخيص.

في الفصول التالية نوقشت مسائل التشخيص ومؤشرات سير الحالة المرضية، مع التركيز على تعقد العوامل التي تشمل وضع التشخيص.

ملخص Summary:

تناول هذا الفصل والفصل السابق له الأداء الوظيفي داخل النفس والعلاقات بين الأشخاص، ونوقشت المهام والصراعات المتعلقة بمراحل النمو النفسي الجنسي العديدة، وتشعباتها في بناء الشخصية والعلاقات بين الأشخاص، وكذلك أثر سمات الشخصية على العلاقات الشخصية والتي درست في ضوء أنماط السمات التقليدية. ونوقشت أيضاً موضوعات تقدير الذات وهوية الشخصية التي تنشأ من الصراع في مراحل نمو معينة. أخيراً. وصفت اضطرابات الشخصية الرئيسية ونتائج البروتوكول الممثلة لها.

١٤

الفصل الرابع عشر
التشخيص وتقييم مسار الحالة المرضية

الفصل الرابع عشر
التشخيص وتقييم سير الحالة المرضية
Diagnosis & Prognosis

المبادئ التشخيصية
Diagnostic Principles

إن المبادئ التي يمكن الأخصائي النفسي من صياغة ملخص تشخيصي مكثف وذوي مغزى نوقشت في هذا الفصل، وقيمة الوصف التشخيصي هو أنـــه يـــشمل الأداء الوظيفي للمريض، والدور الذي تلعبه الأعراض في بناء الشخصية الـــشاملة للمريض، وتوضيح دور الشكوى من الأعراض يرتبط بالتقييم التشخيصي للمشكلة الحاضرة التي تزود قوة دفع للإحالة للاختبار النفسي في المقام الأول.

والوصف التشخيصي الهادف جيد الصياغة يلخص الأداء الوظيفي للمـــريض، والمشكلات ونواحي القوة بطريقة تشير إلى طبيعة الاضطراب وإمكانيات التغييـــر الموجودة، والتعرف على هذه الإمكانيات للتغيير يمكن أن يؤدي إلى تصميم هادف لاستراتيجيات التدخل التي ترتبط بشكل مقبول ومنظم بنتائج التشخيص. فضلاً عن أن التحليل التشخيصي جيد الأداء مع مضامينه للتدخل المناســـب، تـــزود فرصـــة لتقويم مصير الحالة المرضية، وكما يعرض التشخيص الوظيفة الشاملة للمـــريض في إطار عملي ملخص، فإن وصف مصير الحالة المرضية تشير إلى نوع التغيير، والنمو، والعلاج وحتى التدهور المحتمل والمتوقع.

ولأن التنبؤ بسير الحالة المرضية للمريض واختبار التـــدخل يتوقعـــان علـــى المضامين الموجودة في التقييم التشخيصي، فإن التحليل الدقيق لبنية التشخيص ذي أهمية قصوى.

العناصر الأساسية للتشخيص
Elements of Diagnosis

إن صياغة التشخيص للمريض الذي خضع للاختبار يجلـــب معـــاً مجموعـــة معقدة من العناصر الموضوعية والبنائية التي يوفرها التحليل النفـــسي مـــن أجـــل

توضيح هذه العناصر طوال التقرير، كذلك فإن هذه الخصائص الشخصية لمريض ما يجب أن تدرس مع العوامل المتضمنة في التشخيص نفسه، مثلاً الحالات التي يتم تشخيصها تكون مزمنة، وأخرى قد تكون وقتية في آثارها وبعض الحالات التي تشخص فشل أمراض أعمق وأكثر خطورة وأخرى تعكس اضطرابات سطحية.

ويوجد عدد من الفئات التشخيصية تكون تطبيقاتها غير محددة وقابلة للتغيير Fluid، في حين تميل أخرى إلى أن تتبلور وتصبح جامدة والفئة الأولى قابلة أكثر للعلاج والتعديل والأخرى تميل إلى أن تكون عصية على العلاج وجهود التغيير Recalcitrant بالمثل فإن المشكلة الحاضرة قد تكون سطحية الشخصية أو قد تمثل تشعبات أكثر عمقاً وأطول أجلاً، والسمة الإضافية حول ظاهرة التشخيص هي أن التقرير عن المستويات المختلفة من المرض قد تكون أكثر الطرق فاعلية لتكوين تشخيص.

وكما نرى فإن التشخيص يشمل العديد من الخصائص داخلية الارتباط بما فيها:

١- إمكانية التحول داخل أي صياغة تشخيصية.
٢- العلاقة بين المشكلة الحاضرة والتشخيص الشامل للشخصية.
٣- المشكلة الحاضرة بصفتها بداية ظاهرة تؤثر على البعد الحاد مقابل البعد المزمن للمرض.
٤- وجود مستويات عديدة من المرض والارتباطات الداخلية بينها.
٥- أثر هذه الخصائص التشخيصية على تطوير استراتيجيات تدخل وصياغة تنبؤات لسير الحالة المرضية.

التشخيص بوصفه ظاهرة متحولة

Diagnosis As A Shifting Phenomenon

ويجب التنويه أن التشخيص يصاغ عند نقطة في حياة المريض، يثير ذلك مضمون مؤداه أنه في حالات معينة قد يمثل التشخيص فقط وصفاً مؤقتاً أو محدود زمنياً حول المريض، وبالتالي يمكن أن يتغير، ومن أمثلة تحول التشخيص الذهان الناشئ أو بالعكس الذهان الذي يتواصل نحو مرحلة خمود الأعراض Remission التي فيها تظهر أعراض ثابتة نسبياً، والمثال الإضافي هو التغيير في الشخصية التي تلي مرحلة العلاج النفسي، ويعكس المثال أيضاً حقيقة أن التشخيص قد يكون ظاهرة متطورة.

ويوجد أيضاً حالات فيها سيولة وتحولات التشخيص تكون أقل حدوثاً أو قد لا

تحدث بالمرة، وأبرز مثال لعدم المرونة التشخيصية هذه قد يكون المريض المتضرر عضوياً بشدة حتى في هذه الحالة فإن العناصر النفسية الأساسية المرتبطة براحة المريض وأقصى أداء وظيفي له قد يتعزز في حدود المرض الواضح وبالتالي تعتبر جزءاً من التدخلات التي تشمل التغيير.

والعدوان لمستمر من بعض الأفراد السيكوباتيين قد لا يتغير نسبياً، إلا أن التحليل الأعمق لوظائف الشخصية الشاملة قد يزود فرص للتغيير.

وبالتالي فإن وضع تقرير عن إمكانية التغيير بشأن صياغة أي تشخيص هو مساهمة مهمة يستطيع أن يقدمها الأخصائي النفسي.

الصلات بين التشخيص والمشكلة المستمرة

Connection Between Diagnosis and & Presenting Problem

من الأمور التي يدرسها الأخصائي النفسي عند وضع تشخيص ما يتعلق بطريقة تجسد الشكوى في سياق الوظيفة الشاملة للمريض، وأهمية هذا الجزء من عملية التشخيص تنجم عن حقيقة أن الاضطراب الحالي هي عينة لمشاكل الشخصية وكلا من العرض والمشكلة يساهمان في الإحالة للاختبار، والعرض الحالي يمثل زيادة الضغوط النفسية لدى المفحوص وقد تعكس أيضاً الصعوبة المفروضة على الشبكة الاجتماعية للمريض.

وسهولة التعرض للضرر المتأصلة في بناء الشخصية الشامل للمريض أو تحول في جانب داخلي لوظيفة الشخصية يزود مناسبة لتطور الأعراض، والعلاقة بين الشكوى الحاضرة والتشخيص بذلك يمكن توضيحها بواسطة إظهار صلات معينة، فالعرض الحاضر، وسير حالة المريض، واختيار التدخل قد يتوقفوا على طبيعة الصلة بين بناء الشخصية ووظيفتها العامة، وتطور عرض فرد.

على سبيل المثال فإن الشكوى من فرط نشاط مفاجئ لدى الطفل في سن المدرسة يتطلب تحديد تشخيص للعرض بناء على طبيعته، واتساقه، والسياق الذي يظهر فيه، ومدته، وعلامات الاضطراب المقابلة، وتوضيح طبيعة المشكلة الحاضرة ليس مفيداً بصورة كاملة ما لم تكن طبيعة اضطراب الشخصية التي أنتجتها مفهومة أيضاً، بالتالي يجب ربط التشخيص بسياق المشكلة الحالية، في حالة الطالب مفرط النشاط فإن التدخل والتنبؤ بسير الحالة المريضة سوف يتوقفان أساسًا على مشكلة الشخصية الموجودة التي يرتبط بها العرض الأصلي والتي يعكسها.

ومن الاحتمالات أن يتطور فرط النشاط من صدمة عضوية حديثة، مثل تلـك الناشئة عن إصابة بالرأس، وقد تنجم عن بلورة الأعراض المشتقة من ضرر بسيط بالمخ، والذي يظهر على السطح فجأة استجابة لمطالب متزايدة للتركيـز والـتعلم بالمدرسة، وقد تتطور عن رد فعل الطفل لانفصال حديث للوالدين، أو قـد تكـون علامة على ذهان ناشئ لدى الطفل آثارها عرضنا هذه الأمثلة لتنبيـه الأخـصائي النفسي لتعقيد أي طريق للتشخيص، والصلة بين العرض الأصلي الـصريح علـى المستوى السلوكي التجريبي والتشخيص الحالي يجب توضيحها من أجل التركيـز الجيد على معنى الأعراض، وغرضها، وإمكانية المريض في التغييـر، والتـدخل المناسب، بطريقة مشابهة، فإن اختيار استراتيجية التدخل والتنبؤ الناتج بسير الحالة المرضية، والذي قد يشمل العلاج بالأدوية، أو العلاج النفسي أو البيئـة التعليميـة الخاصة، يتوقفان إلى حد كبير على توضيح صلة الأعراض بمصدرها الأساسي.

المرض الحاد مقابل المرض المزمن
Acute Vs Chronic Pathology

وثمة عنصر أساسي آخر يساهم في صياغة التشخيص هـو مـدة العـرض، ويجب أن يتم تحديد ذلك بخصوص بداية السلوك المضطرب، مما يمكن بعد ذلـك من تقييم طول مدة مشكلة الفرد، وما إذا كانـت هنـاك أي بـوادر للمـرض أو الاضطراب قد ظهرت.

وأهمية مدة أنماط المرض ترتبط غالباً بجدية التـشخيص وأيـضاً بالتفـاؤل والحذر الذي يتسم به التنبؤ بسير الحالة المرضية، وعموماً فإن تقدير سير الحالـة المرضية وعمق المرض في الاضطرابات الإكلينيكية يتبع القاعدة ذاتها كمـا فـي مجال الطب العام: الاضـطرابات الحـادة لهـا سـير حالـة مرضـية أفـضل، والاضطرابات المزمنة أكثر مشكلة لذا تكون مقاومة للتغيير.

مثلاً، الاكتئاب داخلي المنشأ الذي فيه مزاج سوداوي موجود منذ فترة طويلة بدون إثارة خارجية قد يشير إلى تنبؤ ضعيف بسير الحالـة المرضـية المرتبطـة بأفكار انتحارية واجترار، على النقيض فإن تشخيص الاكتئاب التفاعلي Reactive يشير إلى حالة مزاجية اكتئابية ذات بداية حديثة التي فيها العرض يرتبط مباشـرة بحدث صدمي خاص مثل فقدان عزيز أو إصابة، في حـالات البدايـة الحديثـة، والاكتئاب يفترض أنه رد فعل داخل الشخصية مصمم لتخفيـف مـشاعر الـذعر والقلق ويتيح للفرد اكتساب الوقت للتكيف مع المشكلة وفي ظـل هـذه الظـروف

للبداية الحادة فإن التنبؤ بسير الحالة المرضية يكون بصفة عامة إيجابياً، وعند عدم معالجة الحدث الصدمي بطريقة ملائمة، قد يتطور رد الفعل الحاد ويصبح مزمناً، وبناء الشخصية الذي يعزز بلورة السمات الاكتئابية من المتيقن أنه موجود تحت السطح، وسمات الشخصية المهمة، مثلاً قد ترتبط بحاجات الحب والاعتمادية، لذلك فإن الأخصائي النفسي يكون في موقف فريد يمكنه من تقويم بداية العرض الحاد التي تظهر، مثلاً في شكل اكتئاب تفاعلي، وأيضاً من تقييم اتجاهات الشخصية طويلة الأجل التي قد تعقد التشخيص للمشكلة الحادة، وتعايش الاضطرابات الحادة، والتفاعلية مع تلك الاضطرابات الدائمة تكشف أن هناك مستويات عديدة للوظيفية داخل الشخصية، ويجب أن يعكس التشخيص ذلك.

مستويات التشخيص
Levels of Diagnosis

في الأجزاء السابقة من الكتاب، تمت الإشارة إلى التشخيص الأولي وعرف في عبارات عريضة كنظام رباعي يتألف من العصاب، أو اضطراب الشخصية، والذهان أو المرض العضوي، هذا النظام التشخيصي يجب أن يعتبر أداة تجريبية ويُتيح تكوين صياغات نظرية مناسبة لتكوين فروض تشخيصية مبدئية، وبعد تحليل النتائج الإضافية، يكون صقل الفروض التشخيصية ممكناً، وبعد الوصول للاعتبارات التشخيصية الأرقى، يصبح نموذج التصنيف أساساً للبيان التشخيصي الأكثر تعقيداً، ونموذج التصنيف يكون مبنياً على فروق إكلينيكية بين أربع فئات تشخيصية رئيسية وتتحدد التشخصيات العصابية بواسطة سيادة مسبقة للقلق والأعراض المرتبطة به، وتشخصيات الشخصية واضطرابها مبنية على الغياب النسبي للقلق ووجود أنماط وسمات مستمرة وسيئة التكيف، والتشخيصات الشاملة للذهانات مبنية على تفكير عميق وحالات مزاجية تتدخل في اختبار الواقع الجوهري، أخيراً فإن الاضطرابات العضوية تكون مبنية على صدمة بدنية أو عصبية فسيولوجية تؤكد على وجود اضطرابات في الأداء الوظيفي للشخصية.

وفضلاً عن تصنيف التشخيصات إلى فئات يستطيع الأخصائي النفسي إنشاء شبكة نظرية متكاملة على أساس هذا التصنيف التقليدي والبرجماتي للفئات التشخيصية المتميزة.

ومن طرق تزويد منهج متكامل للصياغة التشخيصية هي دراسة المرض أو الأعراض باعتبارها انعكاساً لمستويات تشخيصية ثلاثة، هذه الأبعاد التشخيصية قد

تتخذ صوراً خارجية نسبياً، مثل المظاهر السلوكية، أو قد تشمل ظواهر داخلية مثل أوجه القصور Deficits أو القلق أو اعتلال المزاج، والشكل الثالث يشمل بناء الشخصية وهو الوسيط بين الأبعاد الداخلية والخارجية.

دمج مستويات التشخيص

Integrating Diagnostic Levels

الثابت في الشخصية وفي المكون التشخيصي المقابل المرتبط به هو بناء الشخصية، وهذه هي الشبكة الدائمة الثابتة نسبياً للسمات والميول التي تعبر عن أسلوب الشخصية النمطي أو طريقة أي فرد في التصرف، ولأن وجود السمات امر شامل، ومن المناسب عرض تقييم تشخيص يشمل هذا المستوى عندما يكون ذلك ممكناً، إذا جمع الأخصائي النفسي نتائج الاختبار الشاملة وتلخيص التحليلات طوال الأجزاء السابقة من التقرير، يمكن تحديد تكوين شخصية المريض.

إن تكوين الشخصية النمطية للمريض موجود بصرف النظر عن سطحية المرض أو عمقه، نتيجة لذلك يعمل الفرد على مستوى عصابي، والمريض في حالة ذهانية، أو الشخص المتضرر عضوياً، على مستوى أساسي من شخصيته، ونوعية بناء شخصيته وأهمي جانب الوظيفية للشخصية يجعل من الضروري تحديد طبيعته، حتى لو تضررت أو انقسمت، وعلى أساس تحليل وظيفة الشخصية طوال التقرير وبشأن المادة وثيقة الصلة بسمات الشخصية المعروضة في الفصلين (١٢، ١٣) حول العلاقات بين الأشخاص فإن الانطباع التشخيصي الأكثر اتقاناً مع نتائج الاختبار بخصوص أسلوب شخصية المريض يجب تحديده مثلاً تشخيص اضطراب الشخصية القهرية سيعكس هذا المستوى.

إذا كانت النتائج تشير كذلك إلى وجود ظواهر عصابية، يمكن اعتبارها مكونات أساسية للتشخيص على مستوى منفصل، يمكن تحديد هذه السمات العصابية في التقييم التشخيصي الذي يلخص الوظيفة المرضية الكلية للمريض تمشياً مع الشرح السابق لاضطرابات الشخصية القهرية إذا كان الاضطراب الفوبياوي منعكساً أيضاً في نتائج الاختبار، فإن المستوى العصابي للتشخيص يمكن أن يصبح مؤهلاً تشخيصياً، ويصبح التشخيص هو اضطراب الشخصية القهرية ذات السمات الفوبياوية فضلاً عن ذلك إذا كانت نتائج الاختبار تشير إلى وجود عملية ذهانية أو ضرر عضوي، فإن هذه المستويات من اضطراب الشخصية ستكون مشمولة أيضاً في التقييم التشخيصي لوضع ملخص للوظيفية المرضية

والصياغة التشخيصية المتكاملة ستشير أيضاً إلى سمات كيفية تـصنيف الوضـوح إلى ملخص حالة المريض بهذه الطريقة فإن المساهمة النسبية لكل مـستوى نحـو وظيفة الشخصية يمكن تحديدها، وقارئ التقرير يمكن أن يحـاط بالتـشخيص إذا كانت العملية الذهانية مزمنة أو حادة، أولية أو ناشـئة أو متطـورة نحـو خمـود الأعراض أو مترسبة والذهان قد يكون عملية مهمة تتعلق ببناء شخصية المريض، وقد تكون صريحة.

كذلك إذا لم يكن بناء الشخصية سليماً تماماً، فإن طبيعة السياق الذي تضررت فيه الشخصية بواسطة عملية ذهانية أو عضوية يمكن تحديدها إذا وجـد ضـرراً عضوياً، من المفيد توضيح ما إذا كان خفيفاً أو عميقاً، حاداً أو مزمنـاً، والـسياق للشخصية الذي فيه حدث الضرر ضروري ذكره في التقريـر، مثـل وجـود أي أعراض عصابية.

هذا النوع من التحديد قد يكون له تأثير على التنبؤ بـسير الحالـة المرضـية وعلى التدخل، مثلاً إذا ارتبطت الفوبيا أو العجز الجنسي بمستوى وظيفي عصابي لدى مريض متضرر عضوياً، يمكن استخلاص مضامين مختلفة تماماً منه إذا ظهر أن هذه الظواهر مستمدة من السبب العضوي نفسه.

وأي سمات بارزة تميز الحالة الشخصية للمريض يمكن أن تضاف للوصـف التشخيصي، هذه الإضافة تمكن من أن يعكس الملخص التشخيـصي المزيـد مـن العوامل الرئيسية لوظيفة الشخصية بدقة أكثر، مثلاً إضافة إشارة لسمات اكتئابيـة لأي صياغة تشخيصية، حينما يكون ذلك مناسباً سوء استعمال الكحـول أو إدمـان المواد المخدرة يمكن إضافته أيضاً في الحالات التي فيها هذه المشاركات معروفـة وأثرت على نتائج الاختبار على نحو يبرر كتابة تقرير عن النتائج، هذه الأنواع من السمات المضافة للحالة التي ترتبط بالتشخيص قد ترتبط أو لا تـرتبط بالـشكوى الأصلية أو العرض، رغم ذلك يمكن دراسة ملخص المستويات التشخيصية ودمجها مما يوفر سياقاً فيه المشكلة الحالية التي سببت حضور المريض للإحالة.

الشكوى الحاضرة والتشخيص

The Presenting Complaint & Diagnosis

حيث أن المريض أحيل للاختبار والتقييم بسبب شكاوى موجـودة والـشعور بالاختلاط حولها، من المنطقي معالجة سـياق الـشكوى عنـد تطـوير ملخـص تشخيصي، وإعادة صياغة المشكلة الموجودة في عبارات تشخيصية لـيس كافيـاً،

لأنه يعجز عن تعزيز قوة التقييم التفسيرية ولا يلخص نتائج الاختبار، مثلاً مجـرد ذكر سوء استعمال الكحول يفتقر لتوضيح أي عمليات موجودة نتيجة ذلـك، فـإن تشخيص السياق المرضي الذي فيه تتجسد المشكلة هو جزء حاسـم مـن الجهـد التشخيصي، بالتالي فإن ربط الشكوى الموجودة بسياقها المرضي هـو الاسـتنتاج المنطقي للتقرير بأكمله، يعني ذلك أن الجهد التشخيصي الأساسي والاستنتاج الـذي يصل إليه الأخصائي النفسي يشمل تفصيل جوانب اضطراب الشخصية التي ترتبط بالمشكلة الموجودة وتوضحها.

وإدمان الكحول قد يفيد كمثال يشير إلى المشكلة الموجودة يجب وضعها فـي صياغة تشخيصية دقيقة، لأنها تصور طريقة اكتساب العرض معنى فقط من خلال التقييم الأدق لمشكلات الشخصية المصاحبة، وشكوى المريض من شرب الكحـول قد يرتبط بسهولة التعرض للذهان، مع بناء شخصية مرضـي، مـثلاً اضـطراب الشخصية الذي يشمل ظواهر الاعتمادية والسلبية قد يؤدي إلى اعتماد زائـد علـى الشرب من أجل تخفيف مشاعر القلق ومحاولة الاحتفاظ بسلامة وظيفية الشخصية.

وتشخيص بناء الشخصية المرضي لـدى المـريض يوضـح دور الـشكوى الموجودة كانعكاس لصراع معين بالشخصية، بالمثل إذا كان هناك عمليـة ذهانيـة مرتبط بها سمات الشخصية السلبية/ الاعتمادية قد يفيد ذلك أيضاً في فهم ظـاهرة مشكلة الشرب الموجودة وهكذا فإن سياق الشخصية التي فيهـا تحـدث المـشكلة الحالية هي محور مهم للجهد التشخيصي.

فيما يتعلق بهذا المثال لمشكلة الشرب كعرض حاضر، يجب دراسة عوامـل تشخيصية إضافية إذا تأكدت وجود مشكلة الشرب على مدى سنوات، قد ينتج عـن ذلك أعراض عضوية بالمخ. وتشخيص هذا العرض وآثاره على وظيفية المريض الحالية ودلائل سير الحالة المرضية سيكون بالغ الأهمية في التقيـيم التشخيـصي الذي يلخص نتائج الاختبار النفسي (قد تحدث مشكلة مشابهة مـن مـشكلة سـوء استعمال المواد المخدرة) فصل هذا المثال من أجل شرح تعقيد سياق الاضـطراب الواجب تشخيصه من أجل تقييم المرض بطريقة ذات مغزى وبطريقة توضح دلائل سير الحالة.

وثمة مثال آخر للمشكلة الحاضرة التي تلقي الضوء على العلاقة المعقدة بـين مستويات المرض يجب توضـيحها تشخيـصياً وهـي العجـز الجنـسي، وهـذا الاضطراب باعتباره عرضاً تحويلاً لدى الذكور قد يرتبط ببساطة بتشخيص النمـو التحولي لعصاب الهستيريا، مع ذلك فإن سياق تكوين الشخصية الموجود لدى الفرد

مهم أيضاً لفهم طبيعة ودور هذا العرض، لذلك فإن تقيم بناء الشخصية قد يكون أساساً لضمه للملخص التشخيصي، مثلاً سمات الشخصية هذه قد تكشف استعداد الفرد للاعتماد على السمات السلبية/ العدوانية التي ليست فحسب سياقاً متوافقاً لأعراض العجز الجنسي التحولية، بل تساعد أيضاً على الكشف عن مشكلات إضافية مشتقة من بناء الشخصية، هذه المشكلات بدوره قد تعكس نوع أكثر عمومية من العفة، مثلاً العجز عن إكمال المشروعات، أو تطوير سيره مهنية، أو الإنجاز في مدى أعرض من المساعي، وظاهرة الاكتئاب قد تكون إما نتيجة أو سمة مساهمة مناسبة للتشخيص أيضاً.

والتفاعل الدقيق بين الأعراض والمستويات العديدة لاضطراب الشخصية يمكن أن نشاهده في الأمثلة السابقة وعندما يصبح تفاعل هذه الأبعاد التشخيصية واضحاً من نتائج الاختبار، من المهم للأخصائي النفسي أن يدمجها في صياغة تشخيصية، بالتالي من المفيد في أحيان كثيرة تفصيل سياق الشخصية الذي تحدث فيه الأعراض، حتى العصابي منها، وكذلك أي ظواهر ذهانية أو عضوية، ومن المفيد وصف التفاعل والحدوث المشترك من أي أو كل المستويات التشخيصية هذه لأنها تساهم في وظيفية الشخصية، هذه الصياغة تمكن من التقييم الواضح للارتباطات المعقدة التي تؤثر على مظهر الأعراض والتفاعل بين المستويات العديدة للشخصية ومدى التأثير النسبي لكل منها في تكوين تنبؤ على سير الحالة المرضية وكذلك اختيار استراتيجية التدخل.

ولدراسة العلاقة بين التشخيص والتنبؤ بسير الحالة المرضية Prognosis أكثر، نعرض تنظيم ووصف المصطلحات التشخيصية في الفصل التالي، مع التصنيفات التشخيصية وزود ملخص لكلا الفصلين القادمين.

١٥

الفصل الخامس عشر
التشخيص وتقييم مسار الحالة المرضية

الفصل الخامس عشر
التشخيص والتنبؤ بسير الحالة المرضية
Diagnosis & Prognosis

علم التصنيفات التشخيصية
Diagnostic Nosology

في هذا الفصل يمكن النظر إلى مناقشة التعريفات التشخيصية العديدة في ضوء مبادئ التشخيص المحددة في الفصل السابق، ورغم أن دليل التشخيص (DSM-III) قد أخذ في الاعتبار، فإن التصنيف للاضطرابات المعروض هنا يحتفظ أيضاً بتلك الفئات المفيدة تقليدياً في الممارسة الإكلينيكية.

الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-III) (*)

إن المراجعات الدورية المكثفة للمصطلحات التشخيصية، وتعريفاتها، وتجمعاتها في كل طبعة من الدليل التشخيصي الإحصائي يبدو أنها تكشف عن الطبيعة المحولة للتشخيص وكذلك التركيز المتغير وإعادة التركيز على بعض الفئات في أوقات مختلفة، هذه التقلبات هي استجابة للتغييرات في المفاهيم حول التشخيص والمسميات، وتأثير البحوث والملاحظات العلمية في علاقتها بالسلوك المختل وظيفياً والمؤشرات التاريخية والحالية للأغراض التشخيصية.

وسعى الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-III) نظرياً على عرض التعريفات التشخيصية بتعبيرات وصفية تشمل عوامل سببية للأمراض، وإزالة بعض التشخيصات القديمة بمسميات الأمراض أو دمجها مع الفئات الأخرى التي تعكس الملاحظات بواسطة بعض الباحثين لهبوط نسبة المرض في هذه الفئات، والبعد الحاد مقابل المزمن لبعض الاضطرابات، مثلاً يتم التعامل معه بواسطة فرز

---

* بالرم من أن هذا هو الإصدار الثالث لـ(DSM) والآن يوجد (DSM-5) وسوف يكون له إصدارات لاحقة ومتتابعة ومتجددة إلا أن الهدف هنا هو توضيح أهمية هذا الدليل والمعايير الذي يستند إليها في عمليات التشخيص والتي ينبغي أن يكون الطبيب النفسي والأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يكون ملماً بها. وليس عرضاً للمحكات التشخصية لأنه موجود في الدليل بالفعل والتي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA).

المرضى إلى تجمعات تشخيصية مختلفة بدلاً من الاستخدام العادي لفئة ميزت في فئات فرعية عل أساس مدة الاختلال الوظيفي، مثلاً رد الفعل الفصامي الحاد أو النوبات الفصامية صنفت خارج مجموعة الفصام، لأن مطلوب مدة ٦ أشهر على الأقل من وجود الأعراض الصريحة لاعتبارها فصاماً، وبالتالي فإن تشخيص الفصام دائماً يعكس أزمان أكبر في الدليل التشخيصي (DSM-III) في هذه المراجعة، فإنه يعتبر بصفة عامة فصاماً حاداً سيصنف الآن كذهان تفاعل موجز أو اضطراب شخصية فصامي الشكل Schizophreniform حسبما إذا كانت الأعراض الصريحة دائمة أو تستمر أقل من أسبوعين.

يتمثل ذلك في إسقاط الفئة التشخيصية المسماة "اضطراب الشخصية غير الملائمة" من الدليل التشخيصي (DSM-III) بخلاف الفئات التقليدية التي حذفت فإن الاهتمام البحثي الحديث في مجالات عديدة نتج عنها إدماجها جديدة، مثلاً كلاً من اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية النرجسية أضيفا لكيانات تشخيصية منفصلة معترف بها، بالمثل فإن الجزء حول الاختلالات الوظيفية الجنسية تم توسيعها كثيرا استجابة لمناهج البحث والعلاج الحالية في هذا المجال وتشخيص تلف المخ البسيط أعيد تصنيف في دليل (DSM-III) على أنه اضطراب قصور الانتباه بناء على الأدلة غير الكافية لوجود صدمة عصبية مهمة.

والعديد من المراجعات والتغييرات التي ذكرت لأعراض الشرح، وكذلك تلك التي حدثت لنسخة الدليل (DSM-III) التي وصفت كانت مثار خلاف وطورت مؤخراً من أجل تحديد ما إذا كانت ستنال القبول التقليدي أم لا، والجهد المتمثل في الدليل التشخيصي (DSM-III) في إضافة النظام والوضوح للمسميات التشخيصية جديرة بأن تصبح مألوفة بسب تأثيرها الحتمي على الاستعمال باعتبارها مفاهيم تشخيصية يصعب تغييرها، والتعود على طريقة العمل التي يمثلها الدليل التشخيصي (DSM-III) سيسهل التواصل بين الإكلينيكيين والباحثين وكذلك مصادر الإحالة الذين يميلون لتحقيق أغرض شخصية، وتنظيمية أو قانونية للاعتماد على المفاهيم التشخيصية التي تطبق أحدث اتجاهات.

محاور التشخيص في دليل التشخيص (DSM-III)
Diagnostic Axes in (DSM-III)

السمة الفريدة للدليل التشخيصي (DSM-III) هو استعمال محاور متعددة واقترحت خمسة محاور كل منها يهدف إلى عكس بعداً مستقلاً نسبياً للتقييم، فقط

المحورين الأوليين استخدما في تشخيص الاضطرابات النفسية، مع ذلك بقية الدليل احتفظت لأغراض بحثية، نتيجة لذلك فإن التشخيصات المرتبطة باستخدام المحور I أو المحور II يشكلان تماماً التشخيص النهائي. داخل كل محور، تم تنظيم ترتيب بعض التشخيصات بحيث تعكس ترتيب التسلسل النهائي للتشخيص، ورغم أن هذه المحاور تمكن من تدوين المكونات والتشخيصات البارزة التي تظهر في الأداء الوظيفي للمريض، فإن هناك غياب لطريقة صياغة تفاعل هذه المكونات الرئيسية أو علاقتها بالشكاوى الحالية للمرض، وبالتالي فإن استخدام نظام ثنائي المحور لم يتح تحديد تفاعل الأبعاد التشخيصية واستخدامها يضمن فقط الوضع في الاعتبار لوجود اضطرابات مثل اضطرابات الشخصية كان من الممكن تجاهلها بسب بروز المزيد من الاختلالات الوظيفية الواضحة، إذا وجدت اضطرابات إضافية وكانت هناك ضرورة لضمها، يمكن أن يتحقق ذلك بتسجيلها على أي محور من المحورين.

وعند وضع تشخيص متوافق مع الدليل التشخيصي (DSM-III) فإن أكبر نسبة من الاضطرابات موجودة في المحور I يشمل ذلك العديد من الذهانات، واضطرابات تعاطي المواد الإدمانية، واضطرابات نفسية جنسية، ومشكلات التكيف، والاضطرابات التي تظهر للمرة الأولى في الطفولة (التخلف العقلي واضطراب نقص الانتباه مثلاً) والعديد من الاضطرابات الموجودة يجب إدراكها عند عدم وجود تشخيص وثيق الصلة بالمحور I يجب أيضاً تسجيله.

عند وضع وصف تشخيصي وفقاً للدليل التشخيصي (DSM-III) المحور II حفظ لاضطرابات نمو معينة، مثل اضطراب القراءة، وكذلك الفئة المهمة من اضطرابات الشخصية، واضطراب الشخصية المحدد يرمز في المحور II وإذا لم يشار إلى اضطراب حول المريض من فئات المحور II يجب ذكر ذلك أيضاً، وبالتالي فإن الصياغة التشخيصية كما في المثال الآتي، أكمل التشخيص الموصى به في الدليل (DSM-III):

المحور (١) **فصام:** نمط بارانوي في حالة خمود للأعراض Axis 1: 295.35

المحور II: اضطراب للشخصية السلبية/ العدوانية: 301.84

الأرقام الترميزية في دليل التشخيص (DSM-III) وضعت للمساعدة للوفاء بأغراض التسجيل للاضطرابات في أي المحورين، في المناقشة الآتية نعرض مزيد من الدراسة التفصيلية للتشخيصات، وهذا التحليل للمسميات التشخيصية يعكس الاستخدام التقليدي لتصنيف الأمراض الذي قسم إلى عصاب، ذهان، أضرار

عضوية، والتشخيصات المهمة داخل هذه الفئات الرئيسية ستحدد بطريقة تمكن من تكوين وصف تشخيصي تفسيري متكامل

ويجب التنويه أن المعلومات الوصفية والتقسيم لفئات في الدليل التشخيصي (DSM-III) بشأن الاضطرابات المرتبطة بالطفولة، وسوء استعمال المواد الإدمانية، والمشكلات النفسية الجنسية مفيدة كمورد إكلينيكي لهذه الكيانات التشخيصية.

وبشأن الشكل التشخيصي الذي أدخل هنا، فإن فئات العصابات، والذهانات، والأضرار العضوية يجب أن تدرس في علاقتها بالبناء للشخصية كما نوقش وعرض في فصلي (١٢، ١٣).

والمادة المتعلقة بالمسميات التشخيصية مصاغة هنا لتنظيم فائدة التقرير النفسي، يعني ذلك جزئياً أن عمل الأخصائي النفسي أساساً في بيانات الاختبار النفسي وبالمادة الاجتماعية والتاريخية يجب أن تكون واقعية حول المساهمة التي يمكن أن يساهم بها التحليل لبيانات البروتوكول، وعند تشخيص الأغراض العضوية، مثلاً ليس من الممكن للأخصائي النفسي أن يميز بين الأنواع العديدة من الأعراض العضوية المنفصلة في الدليل التشخيصي (DSM-III) هذا التشخيص الفارقي يكون استنتاجياً بدرجة عالية عندما يتم بواسطة أطباء أخصائيين صحة نفسية، إلا أن الوصول للمادة الاجتماعية، والنمائية والتاريخية وكذلك السجلات الطبية الأخرى المتوفرة لفروع التخصص الأخرى غالباً ما تتيح الحصول على المزيد من التشخيصات المصقولة في هذا المجال.

وللمساهمة بمعلومات تشخيصية قيمة، يمكن للأخصائي النفسي أن يميز على نحو عريض بين إصابة المخ الصغرى وتلك الكبرى، وفي حالة حدوث ضرر عضوي جسيم، فإن مدى ذلك سواء كان خفيفاً أو متوسطاً أو شديداً يمكن الحصول عليه، والتمييز مثلاً بين الإصابة العضوية الخفيفة وتلك الشديدة أكثر واقعية للأخصائي النفسي كي يقوم بأي صياغة موثوقة على أساس بيانات الاستجابة من المادة الجرافيكية، واختبار الذكاء وكذلك المادة الإسقاطية.

وهكذا فإن المسميات التشخيصية والتمييز التشخيصي الفارقي يجب أن يستمد من طبيعة البيانات التي يستخدمها الأخصائي النفسي إلا أن المسميات التشخيصية وثيقة الصلة بالأخصائيين النفسيين قد لا تتطابق بالضرورة مع فئات التشخيص المقترحة في الدليل (DSM-III). وبهدف الاقتصاد في العرض، فإن المناقشة المعروضة في الجزء التالي من الشكل التشخيصي تدخل اعتبارات عملية

للتشخيص ناجمة عن بيانات البروتوكول المتوفرة للأخصائي النفسي، هذه الاعتبارات العملية تشمل مزيجاً مفيداً من التصنيف النفسي والطب نفسي التقليدي مع العناصر الأساسية للتصنيف الجديد في الدليل التشخيصي (DSM-III).

التعريفات المستخدمة استخداماً عاماً لمصطلحات التشخيص
Generally Used Definitions of Diagnostic Terms

العصابات أو اضطرابات القلق
Neuroses of Anxiety Disgorgers

في الاستعمال التشخيصي التقليدي، اعتبرت أنواع العصاب اضطرابات فيها القلق يعتبر خبرة ملموسة Palpable وأعراض العصابات تسبب كرباً نفسياً للفرد وتعتبر دخيلة Alien عنه، القلق دائماً يمثل مكانة محورية في (DSM-III) وبروز خبرة القلق يؤدي إلى دراسة هذه الفئة تحت العنوان العام (اضطرابات القلق، وثمة خمسة فئات عصابية تتكرر مواجهتها في المسميات التقليدية C وهي:

عصاب القلق Anxiety Neurosis:

هذه الحالة المرضية عادة هي التي فيها يعاني الشخص من قلق كافي متحرر والقلق لا يوجه لأي موضوع أو موقف، بل يغمر صاحبه، ويتم الشعور به كموجات قلق يشار إليها عادة كهجوم للقلق، ويجب ملاحظة أن هذه المناسبات للقلق المعمم لا تحدث بدون سبب، حتى رغم أن الإحساس ينقل خبرة أن الشخص يستحوذ على شعور غامض.

في هذه الفئة التشخيصية من المعتاد لشخص معين أو حدث أن يرتبط ببداية العرض، في بروتوكول الاختبار فإن استجابات القلق سوف تكون قابلة للملاحظة في علاقات المريض، وبما يتمشى مع المواد الجرافيكية وفي وجود استجابات تظليلية بالمادة الجرافيكية وبقع الحبر علاوة على أن القلق المتعلق بالعلاقات بين الأشخاص سيكون ظاهراً في القصص الإسقاطية.

عصاب الفوبيا Phobic Neurosis:

رد الفعل هذا يكون مزعجاً بدرجة عالية وهو حالة القلق الخاصة، إنه يشمل خوف مستمر من موضوع أو موقف، ويتطلب من المفحوص تجنب هذا الشيء أو الموقف، والعنصر اللاعقلاني في الخوف يدرك بصفة عامة بواسطة المفحوص والأشخاص المصابون بالفوبيا كثيراً ما يقعون في فوضى كبيرة في ضوء المعيشة

عملياً أكثر من الأشخاص ذوي الاضطراب الشديد مثلاً الأشخاص الخائفون من السفر أحياناً يستبعدون من ممارسة أعمال معينة أو تكليفهم بتحقيق أهداف مهنية معينة، وبسبب المشكلات الشديدة، فإن الأسئلة التشخيصية الفارقية غالباً ما تطرح بين حالات الفوبيا وحالات الذهان ويطلب من الأخصائي النفسي أحياناً استبعاد الذهان عند تشخيص حالات الفوبيا.

وللمساعدة في المسألة التشخيصية الفارقية هذه يستطيع الأخصائي النفسي أن يسترشد بالاعتراف ان أنواع الفوبيا مبنية على إزاحة مصادر القلق. ويمكن حينئذ فحص بروتوكول الاختبار لمعرفة إشارات المفحوص للمخاوف اللاعقلانية ومصادر الإزاحة وبالتالي فإن المخاوف اللاعقلانية يجب مقابلتها بالمؤشرات النفسية في البروتوكول للتمييز بين هذه التشخيصات، كذلك فإن الأخصائي النفسي قد يساهم بمعلومات قيمة لمصادر الإحالة عند التعرف على حالة إزاحة Displacement.

وبعض أنواع الفوبيا النمطية تشمل الخوف من الأماكن المغلقة أو الضيقة Dloushophobia أو الأجورافوبيا (الخوف من الأماكن المزدحمة)، أو من الوحدة، والفوبيا الاجتماعية (الخوف من تفحص الآخرين له).

في كل الحالات فإن الشخص أو الحدث الذي يسبب القلق يختفي بواسطة إزاحة القلق إلى أي عدد من الأشياء الخارجية الممكنة، هذا النوع من الإزاحة كثيراً ما يظهر في القصص الإسقاطية بطريقة واضحة واستجابات الفوبيا التي تحدث في البروتوكول خاصة إذا حدثت في مراحل متأخرة من جلسة الاختبار، يمكن أيضاً أن تعكس مشكلة لدى المفحوص في علاقته مع الأخصائي النفسي الذي يطبق بطارية الاختبارات، والموضوع الفوبياوي سيزاح إلى مثيرات الاختبار والاستجابات الفوبياوية التي تمثل المشكلة الأساسية لدى المفحوص في علاقته بالآخرين والناشئة نحو القائم بالاختبار.

عصاب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Neurosis:

يشمل هذا الاضطراب أفكار متكررة (وساوس) أو أنواع سلوك متكرر لابد أن تؤدي مراراً (سلوك قهري) والمثال الإكلينيكي النمطي لعصاب الوسواس القهري يشمل الشخص الذي يبدأ في اجترار بطريقة متكررة مستمرة لأي شك معين، مثلاً الشك قد يشير إلى ما إذا قد أغلق الباب من عدمه، هذا السلوك والانشغال الزائد يشكل النصف الأول من ثنائية الوسواس القهري، وعندما يصبح موضوع الاجترار أو الوسواس غامراً يبدأ الجزء الثاني بان يفحص الفرد موضوع

الشك، في المثال المذكور تواً، سيتأكد المفحوص من غلقه الباب، هذه الخبرة الوسواسية القهرية قد تستمر لدقائق قليلة أو قد تصبح ممارسة طقوسية تتدخل في أنشطة المريض الأخرى.

في بروتوكول الاختبار كثيراً ما يشاهد الأخصائي النفسي تركيز شديد على استجابات سميترية والإشارة إلى الشك الذاتي، وربما أيضاً الاستجابات التي تعكس ميكانيزم الدفاع الإلغاء Undoing في الحالة الأخيرة سيعطي لمفحوص إجابة ثم يغير رأيه، ويزود إجابة بديلة، معارضة للأولى غالباً، علاوة على أن شك المفحوص في تصرفاته يُعبر عنها في المواد الجرافيكية باهتمام غير عادي بالتفاصيل، والتردد والثنائية الوجدانية، والإلغاء، مثلاً في كثرة المحو وهؤلاء المفحوصون أيضاً قد يحاولون قياس رسوماتهم أو أشكالهم الهندسية أو الإشارة إلى مدى تنافرها سميترياً لبقع الحبر، وهو مثال واضح للقلق حول الأداء.

عصاب التحول أو الهستيري Conversion or Hysterical Neurosis:

في هذا الاضطراب يسفر القلق عن نفسه في أعراض جسمية مثل تغيرات في الأداء الوظيفي يشمل التخدير، أو الشلل، أو الرؤية النقيضة، وحتى القيء وكل هذه التغيرات الفيزيقية تحفظ الصراع الداخلي خارج الوعي، وبذلك تشكل كسب رئيسي للمفحوص في الوقت نفسه، يتحقق كسب ثانوي عن طريق تأمين إشباع الاعتمادية للمفحوص، والأخصائي النفسي قد يستطيع بناء هذا التشخيص عن طريق تحديد سمة اللامبالاة، التي فيها يظهر المفحوص نقصاً واضحاً للاهتمام بالعرض، رغم أنه قد تتألف من تغير بخصوص شكل الطرفين، والأخصائي النفسي أيضاً أحياناً يحتاج للتميز بين رد الفعل الهستيري والتمارس Malingering التي تشاهد في الاضطرابات السيكوباتية، والفرق بين هذه الاضطرابات الثلاثة هو أن سلوك الشخص الهستيري يظهر عدم اعتبار للمنطق بشأن العرض، لكن المتمارس يحافظ على التركيز المخلص على المنطق لسلوكه وارتباطه بالعرض مثلاً المريض المتمارض مع عرض الشلل سوف يحافظ على شكله، وذي الحالة الهستيرية سيكون تصرفه غير متناسق أكثر، أي قد يختفي الشلل عندما يكون ذلك ممكناً.

في بروتوكول الاختبار كثير ما يظهر المريض الهستيري عينات من سلوك القابلية للإيحاء Suggestibility كما في القصص الإسقاطية في شكل موضوعات اعتماد ونشاط غير فعال مرتبط بتحقيق الهدف، كذلك فإن نوعية السلوك الذي يشبه

سلوك الطفل غالباً ما ينعكس في الإجابات على بقع الحبر، هنا قد يزود المفحوص نسب عالية جداً من الصور الحيوانية، ونوعية إجابة قهرية، ورد فعل قهري لمثيرات اللون في المادة الجرافيكية فإن غياب التلاميذ "ابتسامة الإنكار" كثيراً ما تميز رسومات الأشكال.

والمريض بالوهم Hypochonchiacel patient يشبه نوعاً الهستيري في أن لديه كتالوج لشكاوى الجسم بدون أساس فيزيقي وجوهر توهم المرض هو رد الفعل المبالغ للإحساسات الفيزيقية والمخاوف غير الواقعية المستمرة من الإصابة بأمراض ليس لها سند طبي.

العصاب الانشقاقي Dissociative Neurosis:

من ردود الفعل الانشقاقية حالة الإجهاد، والإرق، ومن سبب نفسي Psychogenic في هذه الحالات المرضية تكون يقظة الضمير المتغيرة والهوية هي القضية المحورية والمفحوصون قد لا يتذكرون الزمن في الحالة المتغيرة، في الحالات الشديدة فإن الأشخاص يكونوا معروفين بالاختفاء لسنوات، في اضطرابات أعراض خاصة معينة في ردود الفعل الانشقاقية، مثلاً في نوبات النوم القهري التي يصاحبها هلاوس Narcelepsy فإن التفكك يصاحبه سلوك آلي مع حالة إنهاك وأرق قد يستمر من ١٠ إلى ١٥ دقيقة في اضطرابات انشقاقية خطيرة أخرى، مثلاً الشخصية المتعددة Multiple Personality يتخذ الانشقاق صور أكثر من هوية داخل الشخصية.

عند اختبار الأشخاص ذوي الأعراض الانشقاقية، يجب على الأخصائي النفسي التمييز بين أعراض المخ العضوية وأعراض التفكك نفسية المنشأ، في بروتوكول الاختبار فإن أعراض المخ العضوية قد تُستبعد عندما تكون المادة الجرافيكية نتيجة بصدق، ويكون هناك غياب لتشوه اللون في بقع الحبر، ومحدد اللون يدمج بطريقة معقولة ولا يستخدم بطريقة تعسفية بواسطة المريض، والصفات العضوية تكون غائبة بالمثل في رسومات الأشكال، رغم أن التقسيم غير المعتاد قد يتم في الأشكال مما يمثل انشقاقاً في الشخصية، في القصص الإسقاطية نجد دوافع صريحة وخفية يائسة تنسب للمفحوص بدون صعوبة منطقية واضحة.

وحالات القلق الخمسة هذه تشكل تتمة الكيانات التشخيصية التقليدية المشار إليها بالعصابات، في الجزء التالي سندرس حالتين عضويتين في الاختلال الوظيفي الخفيف للمخ، وأعراض المخ العضوية الكبيرة.

اضطرابات الأضرار العضوية (الاختلال الوظيفي البسيط للمخ)
Minimal Brain Dysfunction

يستطيع الأخصائي النفسي جمع عينة إجابات طوال بروتوكول الاختبار تشير إلى وجود أعراض عضوية بسيطة بالمخ كسبب لمجموعة إجابات غير متقنة، ومع المادة الجرافيكية، مثلاً مظاهر عدم الاتفاق هذه تشمل مشكلات في ختام الأعمال، وعدم الاستقرار، والتصادم، ونوعية الخط المضغوط، وصعوبة الحفاظ على التناظر أو السيمترية، أو الشك في الذات المعبر عنه بتكرار سؤال الممتحن عما إذا كانت التصميمات قد نسخت جيداً، وفي الإجابة على بقع الحبر قد تظهر إجابات كثيرة ذات شكل يدعو للتساؤل، واستخدام عشوائي للون وضعف اندماج اللون قد يشاهد أيضاً، وسمات الدفعات في السلوك وكذلك في إجابات البروتوكول ستمثل بشكل عريض. في رسم الشكل قد تكون إنتاجات المفحوص بدائية وتشبه إنتاج الأطفال، في اختبار الذكاء تشاهد نتائج مبعثرة بدرجة كبيرة وتظل بعض الاختبارات الفرعية سليمة وأخرى تعكس الضرر الموجود.

أعراض ضرر المخ العضوي الجسيم
Gross Organic Brain Syndrome

يكون هذا الاضطراب غالباً واضحاً في إجابات المريض طوال بروتوكول الاختبار، أولاً العديد من الجشتالطات في المادة الجرافيكية تصبح مشوشة ومفقودة، ويبدو المريض عاجزاً عن أداء المهمة، ويستطيع الأخصائي النفسي أن يلاحظ في مرات كثيرة أن المريض الذي يبذل بعض الجهد لأداء المهمة يصبح محبطاً نفسياً وقتياً ويعبر عن دوافع الغضب، وظهور أثر العادة والارتباط غالباً ما يظهران في نتائج الاختبار، في اختبار الذكاء يكون تضرر الذاكرة والتجريد نمطي والعديد من الاختبارات الفرعية تعكس الخلط الجسيم، ورسومات الشكل قد تظهر متسمة بالفوضى، مع أطراف تظهر في أماكن غير مناسبة.

في بقع الحبر يستخدم اللون أيضاً بطريقة غير مناسبة وفوضية وبالنسبة لمشكلة التشخيص الفارقي، يكون هناك طمس الجشتالط في الحالات العضوية في تناقض مع إنتاجات المفحوصين الفصاميين الذين ينتجون أفكار مشوهة وغير ملائمة وكذلك لخصائص الشكل في الجزء التالي سنقسم الذهانات إلى فصام واضطرابات المزاج.

الذهانات Psychosis

الفصام Schizophrenia:

التصنيف الطب نفسي التقليدي بشأن الفصام يشمل أربعة أنواع رئيسية.

النوع البسيط: الخاصية المحورية في الفصام البسيط هو سطح الوجدان في سياق اضطراب التفكير وسمة خاصة مهمة أخرى هي العملية التدريجية للانسحاب والعزلة التي تؤدي بالمفحوص على نحو متزايد إلى حالة ذاتوية، وتعكس مادة البرتوكول بصفة عامة عدم إنتاجية ملحوظة، ونوعية شكل ضعيفة، وغياب استخدام اللون في بقع الحبر، وتظهر أشكال بسيطة تشبه العصا في رسم الشكل، وتنتج قصص غير مكتملة تشبه إنتاج الأطفال، وفي هذا السياق عادة ما نجد جشتالطات هندسية في العادة.

نمط الفصام غير المتناسق Hebephrenic Type: يتميز هذا الكيان التشخيصي أساساً بإطار عمل علاقاتي يشمل السخافة، وللضحك باستهزاء والحرج الذي يشبه حرج الطفل مع تعبيرات وجدان غير ملائمة، وإطار العمل هذا غير متسق مع الذي يقوم به الأخصائي النفسي لتشخيص الفصام غير المتناسق على أساس سلوك العلاقات بين الأشخاص للمريض أثناء الاختبار، ومعظم الإجابات على مادة الاختبار تتأثر بصفة السخافة وعدم الملاءمة لدى المريض، وكلا النوعين من الفصام البسيط والفصام غير المتناسق لم يعد في الاعتبار وصفهما بكيانات منفصلة في دليل التشخيص DSM-III لكنهما أدرجا تحت فئة الفصام غير المنظم وغير المتمايز.

النمط التخشبي The Catatonic Type: يوجد استقطاب سلوكي رئيسي معبر عنه من خلال إما الانسحاب التخشبي أو الإثارة، في حالة الانسحاب، قد يصبح المريض مثبتاً في موقف ولا ينتقل إلى فترة زمنية ممتدة، ويكتسب الجلد مرونة شمعية، ورغم أن الوضع الفيزيقي للمفحوص قد يتغير بواسطة الآخرين، والموقف الجديد سوف يتم الحفاظ عليه بالطريقة المحيرة ذاتها، وأثناء فترات الإثارة قد يكون المفحوص مدمراً.

في برتوكول الاختبار فإن المفحوصين التخشبيين لكنهم ليسوا منسحبين ولا مستثارين قد يزودون إجابات تظهر عدم ثبات كبير من السيطرة على الدفعات، في الوقت نفسه قد يظهرون إجابات تميز بتدفق الطاقة ثانية إلى الجسم في رسومات الشكل مثلاً يظهر رسم نمطي محير في تعبير الوجه وبدائي نوعاً، قد يكون

متمركزاً على الصفحة، وقد يشمل موضوع الرسم في وضع أمامي كامل بذارعيه على الأرداف، وتتكون الأطراف بطريقة تجلب عودتهم للجسم، مما يشير إلى طاقة تتدفق من الذراعين إلى الجسم ثانية، إجابات المرضى التخشبيين كثيراً ما يصعب تمييزها عن سلوك الانسحاب والاهتياج عادة يكون قصير المدة في حالة الإثارة والاكتئاب والانسحاب بصفة عامة يكونا سائدين.

النمط البارانوي The Paranoid Type: يتميز النمط الفصامي البارانوي بوجود ضلالات قد تتبلور أو لا تتبلور بواسطة مشاعر الاضطهاد أو العظمة، وكثيراً بواسطة هلاوس سمعية أو بصرية، ونظام الضلالات يكون غالباً منتشراً ويتغلغل في كل إجابات البرتوكول، وقد تظهر شفافيات في رسومات الشكل مع الأشكال المرسومة في البروفايل، وقد تكون هناك إسهابات كثيرة لأعضاء الحواس، خاصة العينين والأذنين، وآثار وموضوعات القوى غير الحية تكون ممثلة بطريقة غير عادية في بقع الحبر ويستطيع الأخصائي النفسي أن يساهم في التقييم الشامل بواسطة تقويم احتمال وجود سلوك عدواني عنيف أو خطير، ومن المهم تذكر أن الشخص البارانوي ذي نظام الضلالات قد تكون تصرفاً معقولاً في العديد من مجالات التنظيم المعرفي مع ذلك فيكون لديه قدرة على التخلل المبنية على أثاره من نظام الضلالات.

وداخل فئة الذهان نجد تشخيص الفصام الوجداني والذي يسد الفجوة بين اضطرابات التفكير واضطرابات المزاج.

نمط الفصام الوجداني
The Schizoaffective Type

في حين أن الفصام يصاغ أساساً في ضوء عدم تنظيم التفكير والذهانات المتبقية تتميز أصلاً عدم التنظيم الوجداني، ويوجد مفحوصون لا يلائمون أي من هاتين الفئتين، واضطراب الفصام الوجداني يشمل مفحوصين يظهر تفكير منحرف وكذلك حالات مزاجية متقلبة، والظاهرة المحورية في هذا التشخيص هو مزيج من التفكير عدم الملائم والمختلط واضطراب المزاج، ويتحدد التشخيص بواسطة حقيقة أن المزاج الاكتئابي المضطرب، والقابلية للإثارة، أو تقلب المزاج تظهر في بروتوكول الاختبار، تظهر صورة مختلطة لنتائج وثيقة الصلة بالتفكير المشوش بل حتى البارانوي مع علامات اكتئاب أو تهيج.

اضطرابات ذهانية وجدانية

الاكتئاب الذهاني Psychotic Depression

عادة ما يتميز الاكتئاب الذهاني عن الاكتئابات غير الذهانية بواسطة وجود هلاوس وضلالات، إلا أن المزاج الرئيسي يكون اكتئاب شرس، بهذا المعنى فإن الاكتئاب الذهاني يشبه نمط الفصام الوجداني في البنية، ويكون هناك اضطراب في التفكير والوجدان، لكن المزاج الاكتئابي يكون هو السائد بشدة.

في برتوكول الاختبار قد تسود مادة الضلالات والهلاوس كل البيانات عند تحليل الإجابات، سيكون المزاج الاكتئابي بارزاً وسمات الاكتئاب ستشاهد في القصص الإسقاطية، وفي تقييد المادة الجرافيكية، وفي الاستخدام الخفيف للون في بقع الحبر، والإفراط في استخدام اللون قد ينتج أيضاً في الإجابات على بقع الحبر.

ذهان الهوس – الاكتئاب

Manic- Depressive Psychosis

السمة الرئيسية لهذا الذهان هي وجود اضطراب مزاج واضح في سياق مشوش غريب، وهو ما يميز أي ذهان ويميل اضطراب المزاج إلى الظهور على السطح تكراراً وفي تبادل مع فترات خمود للأعراض، ويتميز إما بالاهتياج الشديد أو بالاكتئاب، أحياناً فقط يكون هناك تبادل بين حالتي الهوس والاكتئاب في اضطراب الوجدان.

في برتوكول الاختبار إذا كان لدى المريض ميل فطري هوسي أو كان في طور الهوس، تكون الإجابات موسعة وغير دقيقة بصورة متطرفة مع اهتمام قليل بالتفاصيل، ويظهر عدد كبير من الإجابات وتفاصيلها، ويشاهد التوسع أيضاً في المادة الجرافيكية، والتي يكون لها غالباً سمات غير ملائمة وإضافات عديدة في بقع الحبر، فإن التركيز على السرعة يظهر أيضاً كثيراً في الاختبار الفرعي لمقياس الذكاء، هذه التضحية بالجودة من أجل السرعة ينقل تطبيق طريقة سطحية، وقد يظهر المفحوص غالباً موجهاً نحو المشروع ومستوعباً في إنتاجاته أثناء الاختبار.

والمريض الهوسي/ الاكتئابي الذي يكون في طور الاكتئاب عادة ما يظهر إجابات مشابهة لتلك التي تشاهد لدى الاكتئاب الذهاني، والمعلومات المتعلقة بطور وتكرار حدوث فترات الاكتئاب وكذلك السن عند البداية، تساعد في التمييز بين التوجه نحو المشروع والاستغراق في إنتاجاته أثناء الاختبار هذه الصياغات التشخيصية بصفة عامة تلخص مجموعة الاحتمالات التشخيصية التي يجب أن

يتعامل معها الأخصائي النفسي والكيانات التشخيصية العديدة موجودة بشكل متميز، لكن النتائج المرتبطة بالمرض لدى المرضى تعكس مزيد من السلوك المعقد، وعند صياغة تقويم تشخيص كامل، يجب دمج عناصر من هذا الفصل مع مناقشة سمات الشخصية في الفصل (١٣) للتمكين من الإشارة الأكثر اكتمالاً للعلاقة بين الوظيفية الفعلية للمريض وبناء الشخصية وحتى في الحالات التي فيها ضرر عضوي شديد تؤثر على الأداء الوظيفي للمريض وبناء الشخصية، فإن العناصر المترسبة لبناء الشخصية تزود انطباعاً ويجب التأكد منه تشخيصياً حتى يمكن نقل مدى كامل لتفرد المريض.

ومثال ذلك نجده في التشخيص النهائي للأخصائي النفسي هذه الصياغة قد تبدأ بوصف السلوك العصابي أو الأعراض، مثل رد الفعل القلق، قد يكشف للقارئ أيضاً بناء الشخصية الجوهري الذي فيه تتجسد مشكلة الأعراض، وبالتالي يمكن أن يتسع التشخيص ليشمل رد الفعل القلق لدى مريض الوسواس القهري بالطريقة ذاتها فإن تشخيص الفصام البارنواي يمكن صياغته ليشمل فهم القارئ لصور الأعراض بواسطة الإشارة إلى أن هذه الأعراض قد تتجسد في سياق بناء الشخصية القهرية.

التنبؤ بسير الحالة المرضية Prognosis

ما إن يتم صياغة الارتباطات الداخلية للمكون التشخيصي وفهمه، يمكن محاولة القيام بالتنبؤ بسير الحالة المرضية، مثلاً الشخص المكتئب الذي يكون بناء شخصية قهرياً أساساً سيكون له تنبؤ مختلف جداً بسير الحالة المرضية عن الشخص المكتئب ذي بناء الشخصية البارانوية، فالمريض ذو الأعراض البارانوية سيصبح أكثر استعداداً لإظهار السلوك العدواني، والشك، ومحاولة السيطرة على الآخرين، على النقيض فإن الشخص المكتئب الذي يكون بناء شخصية قهرية سيعنى بالتنظيم والنزعة للكمال، بما يتفق مع سمات شخصيته.

بلغة التنبؤ بسير الحالة المرضية فإن مستقبل الشخص القهري ذي الأعراض الاكتئابية يكون أكثر تفاؤلاً من التنبؤ بسير حالة مريض الاكتئاب ذي الأعراض البارانوية. يكشف ذلك عن أهمية توسيع القاعدة التشخيصية بشأن وصف سير حالة المريض وما إن يتم تحديد الأعراض التي عليها يتم التشخيص وتحلل بشأن بناء الشخصية الأساسي، تصبح دلائل سير الحالة الصحية واضحة واستراتيجيات التدخل المقابلة ستتأثر وتتحدد حسب طبيعة التشخيص ودلائل سير الحالة

المرضية، وسير الحالة المرضية سيكون تفاؤلياً، أو معقولاً أو حـذراً، والاهتمـام ببناء الشخصية الأساسي مهم في هذا الصدد، لأن التشخيص الحذر وصياغة دلائل سير الحالة يمكن أن يصبح ذي أهمية عندما يؤكد بناء الشخصية قيود النمو.

وفي ظل الظروف التي تحدد بواسطة دلائل سير الحالة، قد ينـصح مـصدر الإحالة بالقيام بسلسلة إستراتيجيات تدخل ممكنة، ومكونات سلسلة الخطوات هذه قد يكون لها أهمية مختلفة وفقاً لوضوح وعمق نتائج الأخصائي النفـسي وتوصـيلها بفاعلية، هذه الاستراتيجيات قد تشمل التدخل للتوجيه والإرشاد، والعلاج النفـسي، والعلاج الكيمائي، أو العلاج داخل المستشفى، أو الوضع في بيئة تعليمية خاصـة، وسائر أشكال التأهيل المتخصصة المهمة.

واختيار استراتيجية العلاج يرتبط ثانية بالمشكلة الموجودة التي سببت الإحالة، في البداية فإن سياق المشكلة الموجودة قد يكون غير واضح والدور الـذي تلعبـه المشكلة في الأداء الوظيفي الشامل للمريض قد يكون مفهوماً على نحو غير كامل، ومع المادة المستمدة من التحليلات المكونة لتقرير الاختبـار النفـسي والملخـص النهائي به فإن معنى سلوك المريض المضطرب يصبح أكثر وضوحاً، فـي مـدى إستراتيجيات التدخل المتوفرة مثـل الإرشـاد النفـسي Counseling، والعـلاج، والتأهيل، يمكن أن يصمم منتج دقيق وثيق الصلة لمساعدة المريض.

إن الهدف الأساسي لدخول الأخصائي النفسي لسياق الإحالة قد تحقـق الآن، يبدأ هذا التسلسل مع اضطراب المريض والمشكلات التي نشأت بين شبكة العاملين مع المريض، وبمساهمة الأخصائي النفسي في وضع تقريـر تشخيـصي نفـسي يوضح الاختلال الوظيفي الموجود، يمكن أن يكون النظام بأسره مفيداً، والتقريـر التشخيصي النفسي هو وثيقة قيمة لأنه يزود معلومات حيوية سوف تفيد المـريض لأقصى درجة، بالتالي فإن الموضوع الرئيسي الذي يتردد طوال هذا الكتاب يتعلق بأهمية أن يطور الأخصائي النفسي مهارة مهنية فـي بنـاء التقريـر، والتقريـر التشخيصي النفسي النهائي يجب أن يعكس القضايا المهمـة التـي ظهـرت فـي البروتوكول، ومن المأمول أن استخدام هذا الكتاب سيساعد بحق الأخصائي النفسي الدارس أو المهني في هذا الصدد.

الفصل التالي هو تتمة للفصول السابقة التي تتطابق مع أجـزاء معينـة مـن تقرير التشخيص النفسي، ويركز الفصل (١٦) على الشروط الخاصة في عـرض نتائج اختبار الذكاء للأفراد المعنيين غير الأخصائيين النفسيين، والجـزء الختـامي

Coda يهدف إلى مساعدة الأخصائي النفسي والدارس على تجاوز عقبات صــياغة تقرير الاختبار التشخيصي النفسي.

ملخص Summary :

في هذا الفصل والفصل السابق له، نوقشت صياغة التقرير التشخيصي النفسي التي يختتم بها التقرير النفسي وتم ربطه بالتنبؤ بسير الحالة المرضية واعتبـــارات التدخل، وعرفت مبادئ التشخيص في ضوء كلاً من البعد الحاد والمزمن والطبيعة المتحولة للتشخيص ذاته، وربطت السمات المتعددة للتشخيص وتفاعلها بالمكونـــات الأساسية المختلفة لوظيفة الشخصية الممكن تلخيصها في صياغة تشخيصية فعالة. هذا المنهج التشخيصي متعدد المستويات نـــوقش أيـــضاً كوســـيلة لتوضـــيح دور المشكلات الموجودة، وعلاقتها بدلائل سير الحالة وإستراتيجيات العـــلاج ونظـــام تصنيف الاضطرابات في دليل التشخيص DSM-III رُوجع ونوقش وصف العديـــد من الفئات التشخيصية المستعملة في دليل التشخيص DSM-III.

١٦

الفصل السادس عشر
تقارير اختبار الذكاء
للمرشدين النفسيين، والمدرسين والآباء

الفصل السادس عشر
تقارير اختبارات الذكاء
للمرشدين النفسيين والمدرسين والآباء
Intelligence Test Reports
for Counselors, Teachers & Parents

عني هذا الكتاب بصياغة اتصال مكثف تفصيلي موجه لتلبية حاجات ممارس الصحة النفسية، بهذا لمعنى فإن التقرير النهائي يميزه العرض المتطــور للغايـــة، ومصادر الإحالة المستخدمة لهذه الأنواع من النتائج من المتوقع أن تكون موقــف يمكنها من تقويم وتحديد طرق تنفيذ إستراتيجيات التدخل بعيدة المدى مثل العـــلاج بالأدوية، والعلاج داخل المستشفى، أو طرق العلاج النفسي.

ووزن بدائل التدخل هذه يمكن أن يتطلب وضع تقرير يـــزود تقييمـــاً كـــاملاً للقضايا التشخيصية والتعرض الكامل لعوامل الشخصية المهمة وتشعباتها، ومـــسح كل هذه المكونات البارزة لوظيفة الشخص والقرارات حول هذه البدائل مبنية جزئياً على نتائج تقرير التشخيص النفسي الإكلينيكي، وعملية اتخاذ القرار بأسرها للتدخل من المتوقع أن تشمل أحد الأشخاص أو أكثر في شبكة ممارسة تزويـــد بالـــصحة النفسية التي تضم الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين، وأطباء النفس، والأخـــصائيين الاجتماعيين، وغيرهم من مصادر الإحالة على المستوى المهني.

وفي أحيان كثيرة فإن مهنيين الصحة النفسية وكل المشاركين في هذا المجـــال قد يحتاجون إلى اكتساب خبرة عملية تخص الأخصائي النفـــسي لإجـــراء تقـــويم للاختبار ما، وقد تشمل مصادر الإحالة الآباء أو المدرسين الذين يحاولون عـــلاج السلوك المضطرب أو العدواني أو الانسحاب لدى أطفالهم، أو مرشـــدي التوجيـــه النفسي المطلوب منهم تحديد البيئة التعليمية الخاصة على أساس الإحالة للاختبـــار، والاختبار قد يقتصر على تقييم عقلي أو يشمل تقويماً إضافياً للشخـــصية، ويمكـــن تطبيق مقياس الذكاء فقط، أو قد تستخدم أدوات أخرى لتكوين بطارية أدوات تقييم.

في كل هذه الحالات فإن التقرير التشخيصي النفسي التحليلي المكتوب الـــذي كان محور الفصول السابقة يزيد عن حاجات هؤلاء الجماعات، ومصادر الإحالـــة غير الأخصائي النفسي، وأطباء النفس، أو الأخصائي الاجتماعي يحتاجون التحلـــي

بمهارات كتابة أكثر تلخيصاً ذات عبارات فنية ملخصة أقل في العدد والمزيد من الاستجابات المباشرة لأسئلة إحالة خاصة، هؤلاء الأشخاص العاملون خارج مجال الصحة النفسية يحتاجون تفسيراً أقل دينامية وتحليلية كذلك، فإن التركيز على التوصيات للتدخل مهم والتدخلات العلاجية المتوفرة قد تشمل إلحاق فصول جديدة أو مدارس مختلفة، والتوصيات لمدرس أو والد بشأن التعامل مع الطفل، والإحالة لممارس صحة نفسية للتقويم للعلاج، وقد يستخدم التقرير أيضاً لمساعدة العاملين في علاج الحالة في حل المشكلات الأسرية وهكذا فإن منظور التقرير مع توصياته يختلف عن تقرير التشخيص النفسي.

ومصادر الإحالة مثل المدرسين ومرشدي التوجيه النفسي في المدارس كثيراً ما يجدون أنه من الأفضل أو الضروري التواصل مع الوالدين حول الصعوبات التي تصير واضحة لدى أطفالهم، والعاملون في البيئة التعليمية يكونوا في موقف يمكن من تزويد معلومات مهمة للمسئولين عن التطوير الصحي لهؤلاء الصغار، والأخصائي النفسي الذي يتلقى من هذه الإحالات لديه فرصة توضيح طبيعة مشكلة الطفل للعاملين بالمدرسة وأيضاً النتائج المتوفرة بطريقة تدعو للمشاركة البناءة من جانب الوالدين.

وفي الغالب يستطيع الأخصائي النفسي وضع توصيات مباشرة للتشاور مع والدي الطفل، وتشمل هذه التوصيات ما يمكن نقله بطريقة مفيدة للوالدين وكيف يمكن الاستفادة من المعلومات بطريقة غاية في الفائدة.

وجمهور تقرير الأخصائي النفسي في هذه الظروف مختلف على نحو واضح عن جمهور تقرير التشخيص النفسي، ليس فقط تدريب مصادر الإحالة هو المختلف تماماً في محور اهتمامه أو أهدافه، لكن حاجاتهم في علاقاتها بالتقرير عن نتائج الاختبار تكون مختلفة أيضاً، مع ذلك فإن مصدر الإحالة للاختبار المرتبطة بالمشكلات في المدرسة يكون لها نفس المتطلبات من الدقة في التوصيل، ووضوح المعنى عند التقرير عن نتائج الاختبار، في هذا الصدد فإن مبني وطريقة كتابة التقرير لهذا الجمهور يجب أن تستوفي نفس معايير التعبير كالتقرير الموجه نحو أي مصدر إحالة خاص، وهكذا فإن التقرير الموجه للمدرسين، ومرشدي التوجيه، والآباء قد يختلف من جوانب مهمة عديدة عن التقرير المرسل على إكلينيكي الصحة النفسية.

وحيث التأكيد على أهمية عرض تقرير دقيق للعاملين في المجال التعليمي أو الآباء عندما ندرك أن بعض النتائج المنقولة قد تؤدي إلى نتائج درامية بما فيها

التوصيات المتوقعة للتقويمات العصبية، ودراسة الإحالات للعلاج، أوصي الوضع في بيئة علاجية توفر الإقامة تفصل الطفل عن أسرته.

الإحالة لاختبار الذكاء

The Intelligence Test Referral

الإحالات المتكررة في البيئات التعليمية يكون لطلب إجراء اختبار للذكاء وتقييم الوظيفة العقلية داخل البيئة المدرسية غالباً ما ينشأ بشأن طفل لا يبدو أنه يؤدي وظائفه بمستوى يقترب من إمكانياته الظاهرة أو الذي يثير اضطرابه السلوكي أسئلة بشأن أفضل بيئة تعليمية ممكنة. هذه الإحالة قد تتطلب ضمنياً التوجيه أو من العاملين بالمدرسة تحديد طرق التعامل البناءة مع الطفل.

وإذا كان التقييم العقلي هو كل المطلوب، فإن التعامل مع المادة بالطبع يعرض نفسه على الأخصائي النفسي لكتابة تقرير عنه، والسؤال الرئيسي عن هذه النقطة هو تحديد الواجب التركيز عليها وإلقاء الضوء عليها وما المادة التي يفضل استبعادها مع الوضع في الاعتبار كل ما يستطيع الأخصائي النفسي التعامل معه وما أن يتضح نطاق المناقشة في التقرير، يستطيع الأخصائي النفسي أن يستخدم الهيكل التالي لعرض النتائج.

تحديد البيانات

Identifying Data

يعرض هذا الجزء من تقرير اختبار الذكاء وصفاً للشخص الذي تم اختبار وسبب الإحالة كما ذكرها مصدر الإحالة، وتكمن أهمية هذا الجزء في وصفه الدقيق للفرد الجاري فحصه وطبيعة المشكلة التي سيحاول التقرير توضيحها، ويمكن عرض سن الطفل، وصفه الدراسي، وسائر بياناته من الديباجة الطبيعية في التقرير بدقة.

الملاحظات السلوكية

Behavioral Observations

يزود هذا الجزء من التقرير الأخصائي النفسي بفرصة للتعامل مع ما لوحظ حول المفحوص في علاقته بعملية الاختبار وفي ردود فعله على الجوانب المتعددة

لموقف الاختبار، هذه الملاحظات لسلوك المفحوص تساهم في إيجاد وفهم واضح لنوعية الوظيفة العقلية فضلاً عن معدل الذكاء العقلي .I.Q.

مثلاً إذا دون الأخصائي النفسي الملاحظات التي تشير إلى أن الطفل الذي يخضع للاختبار يحتاج لتشجيع مكثف أو حتى ضغطاً لكي يبدأ أداء المهام، أو يواصلها في الاختبار فإن ذلك يساعد على جعل النتائج لاحقاً قابلة للفهم، إن المستويات المتحصلة من الوظيفة العقلية كانت متناقضة تماماً عن المستويات المثالية المتوقعة بسبب كبت دافعية الطفل والمعوقات المتدخلة في استخدام الموارد العقلية، والنتائج بلغة الأداء الدراسي يمكن ربطها بالنتائج على مستويات الملاحظة السلوكية والوظيفة العقلية، وأهمية سياق الملاحظة هو أنه يزود أساساً معقولاً لمناقشة بعض مشكلات الشخصية الضمنية التي قد تؤثر على الوظيفة العقلية.

وكمثال آخر فإن ملاحظة أن الطالب استجاب للأسئلة تحت ضغط، حتى لو كانت الأسئلة واضحة، قد يبرهن لاحقاً أن ذلك ذي فائدة عند تقويم الوظيفة العقلية للطفل، ونتائج اختبار الذكاء قد تتعرض للضرر بسبب القدرات التأملية التي انخفضت بفعل القلق والضغوط من أجل أداء المهام، هذا التدخل الذي قد يكون واضحاً في الأداء الوظيفي العقلي والأداء الدراسي، قد يرتبط أكثر بعوامل مستوى الثقة، ومعيار الأداء، والامتثال المفرط، والتوتر في العلاقات الشخصية..إلخ، والاعتماد على النتائج المستمدة من الاختبار تكشف هذه الأمثلة عن أن الملاحظات التي عرضت يجب ألا تكون عشوائية أو مجرد ملاحظات وصفية، بالأحرى يجب أن تقتصر الملاحظات على تلك التي سترتبط بطريقة هادفة بالنتائج التي سيتم مناقشتها، يعني ذلك أنه في التقرير، فإن التفصيل المناسب لسلوك المفحوص أثناء جلسة الاختبار يجهد المساحة للوصول لفهم أوضح لنتائج اختبار الذكاء التي ستلي.

نتائج الاختبار Test Results

الوظيفة العقلية Intellectual Functioning

في كل مثال تقريباً فإن المدرس أو المرشد النفسي الذي قام بالإحالة للتقويم العقلي يريد أن يعرف نسبة الذكاء .I.Q للمفحوص، ومن المناسب تأكيداً بالتقرير ذكر أرقام للأداء اللفظي أو درجات الأداء، إذا توفرت، وكذلك درجة المقياس الشامل من الاختبار إذاً فإن هذا الجزء من التقرير لنتائج اختبار الذكاء عرض

ونوقش، والارتباطات المشتركة وأي تميز قد يثار بواسطة التركيز على الأرقام وحدها يمكن مواجهته بعرض معلومات إضافية بواسطة الأخصائي النفسي، وكما ناقشنا بالفصول حول الوظيفة العقلية، فإن المدى الوصفي الذي تتدرج فيه نسبة الذكاء يجب ذكره لتزويد المزيد من الوصف أي المغزى حول وظيفة الذكاء، ومقارنة نسبة ذكاء المفحوص بأقرانه، ومجموعته العمرية، ثم يمكنه بعد ذلك أن يتم تقويمه في إطار سنه وصفه الدراسي، هذا السياق الأعرض يجنب الحصول على المزيد من ردود الفعل النمطية الجامدة، التي قد تثار بواسطة نسبة الذكاء وحدها.

ومما يساعد مصدر الإحالة أكثر هو المناقشة الدقيقة لمناطق القوة والضعف التي يكشف عنها نتائج اختبار الذكاء، والتركيز على جوانب القوة، غالباً ما يتعرض للنسيان عندما تؤدي المشكلات إلى الإحالة للاختبار، وتميل إلى الإشارة إلى مجالات القدرة التي توحد وتكشف عن الجانب البناء الذي حافظ عليه الفرد رغم أي صعوبات موجودة، ويجب النظر لجوانب القوة هذه باعتبارها مكونة الأساسي لاستخلاص التوصيات المصممة لخدمة مصالح المفحوص بطريقة يمكن تقديرها واقعياً بواسطة مصدر الإحالة، ومناقشة جوانب القوة والضعف لدى المفحوص، وقدراته وأوجه العجز النسبي يعرض صورة لفرد معقد، وتضخيم قدرات الشخص الوظيفية تلغي ردود الفعل النمطية المتصورة من قبل التي تحدث لنسبة الذكاء، وأوصافها، مثلاً وظيفة سوية كئيبية Dull Normal أو حتى وظيفة عقلية متفوقة جداً.

والجزء من التقرير الذي فيه تعرض النتائج يجب أن يشمل تقديراً للمستوى المتحمل للوظيفة العقلية، يساعد هذا التقدير على الإشارة إلى مكونات الوظيفة التي لم يم تقييمها وحدها من نسبة ذكاء فردية، إذا كان العاملون في البيئة التعليمية لديهم فكرة أن الطفل أكثر قدرة، وأنه وضع في بيئة أكبر من قدراته، فإن تقدير الوظيفة العقلية قد يساعد على تأكيد أو مراجعة هذه الأفكار، وبالتالي فإن مدى الوظيفية من أضعف مستوى للمفحوص إلى أعلى مستوى ممكن له هو نتيجة مهمة جديرة بالتوصيل.

علاوة على ذلك فإن تقدير مستوى الذكاء المحتمل ومقابلته بالمستويات العقلية الحالية يزود إشارة إلى ما إذا كان المفحوص يعاني صعوبات، والعوامل المرتبطة إما بأسباب أو نتائج التناقض بين الوظيفة العقلية الفعلية وتلك المتوقعة والذي قد

يرتبط بإحساس التثبيط، والضغط والتهيج، أو السأم، والتناقض الحاد بين النتائج المتحصلة حالياً والمستويات المتوقعة للوظيفة العقلية يُشير عادة إلى وجود اضطراب لدى الطفل مما يعكس على نمو ما، ويرتبط بالضغوط النفسية في البيئة هذه الضغوط قد تكون جزءاً من البيئة التعليمية، والتي تحتاج للمراجعة أو ناتجة عن اضطرابات في بيئة البيت، والعبارات في التقرير حول هذه الاحتمالات تكون مرتبة عندما يشير تحليل النتائج إليها.

وبعد تحليل الوظيفة العقلية للمفحوص، تكون هناك فرصة منطقية لوصف السياق الانفعالي والشخصية الذي فيه تعمل الوظيفة العقلية، ومن المناسب أيضاً مناقشة تشعبات ونتائج عوامل الشخصية هذه، وإن كان ذلك باختصار إلى حد أنها يمكن ربطها بمسائل الإحالة.

عندما تكون المشكلات السلوكية جزء من الظروف التي سببت الإحالة للاختبار، فإن العرض الأكثر اكتمالاً لعمليات الشخصية قد تكون مفيدة، هذه المناقشة يمكن وضعها في جزء منفصل إضافي بالتقرير، حتى وإن كانت الإحالة مقصورة على مشكلات حول الذكاء، قد يكون من المناسب وضع تقرير عن بعض جوانب الشخصية، يمكن إدراج هذه النتائج بطريقة منطقية في نفس جزء التقرير الخاص بنتائج الذكاء، ويجب أن يرتبط صراحة وبطريقة منطقية بالملاحظات الإكلينيكية وكذلك تحليل ذكاء الشخص.

وظيفة الشخصية في تقرير اختبار الذكاء

Personality Functioning in the Intelligence Test I.Q Report

سواء كانت دراسة شخصية المريض مفصلة أو موجزة، يجب ضمها في التقرير، والصلة المنطقية والتفسيرية بين هذه النتائج وتلك الخاصة بوظيفة العقل يجب التأكيد عليها. وكمثال لهذا النوع من الارتباط ما نشاهده في حالة طفل يظهر سلوك قهري يستبعد قيامه بأي تفكير تأملي مناسب، وتكون المفهوم لدى الطفل، في مدى الذكاء الموجود، قد يكتشف أنه تضرر، ونتائج الاختبار ستعكس نوعية ملموسة من التعامل مع المادة اللفظية، مع الانخفاض الناتج للذكاء اللفظي مقارنة بمهارات مجالات الأداء، عند تطبيق الاختبارات الفرعية، فإن الطريقة السريعة في الأداء، والقدرة السريعة على التحليل، ومهارات التناسق أو التآزر الجيد التي قد يصاحب الأسلوب الاندفاعي، ويؤدي كثيراً من المعالجة الناجحة لفقرات الأداء والمفحوص الموجه نحو الفعل، يؤدي جيداً في المجالات البصرية واليدوية، ولا

يستطيع أن يبطئ بما فيه الكفاية للتأمل المتفق مع الإمكانيات العقلية، وهكذا فإن التركيز على المهارات اللفظية والتأملية في الفصل يمكن أن ينتج عنه إحباطاً يتبدى في فرط النشاط الحركي، والعدوان السلوكي السافر، وصعوبة إكمال الأعمال، في هذا الشرح لميل الشخصية القهري فإن نمط الوظيفة العقلية الذي يشمل مجالاً لفظياً ناقصاً مع صعوبة دراسية يرتبط باضطراب فهم والذي عند كتابة تقرير عنه يعزز فهم أساس مشكلات المفحوص في الفصل الدراسي.

في مثال آخر قد يكشف الاختبار عن وظيفة عقلية أدنى من الوظيفة المتوقعة، وقد يربط الأخصائي النفسي بين هذا الضرر وحالة الاكتئاب، وقد يرتبط الاكتئاب بالسلبية التي يصاحبها توهان على المستوى السلوكي، الذي يتدخل في استخدام المهارات النظرية والتعبيرية عالية المستوى، في هذه الحالات يظهر الأداء الأكاديمي هبوطاً شديداً.

وثمة مثال آخر يشمل نتائج الاختبار التي تكشف الطريقة التي فيها أدى الشعور بالاختلاط داخلياً إلى زيادة الصعوبة لدى المفحوص في فهم التوجيهات والتعامل مع المادة التي تتطلب التجريد، والتركيز بانتباه على ما يعرض أمامه، هذه الكوكبة من الصعوبات التي سببها مشاعر الاختلاط الداخلي تساهم في تضرر الوظيفة العقلية، كما يتدخل في المشاركة الفعالة في الفصل ويؤدي إلى الفشل التعليمي، وربط الصعوبات التعليمية للمفحوص بالنمط الناتج للوظيفة العقلية المتحصلة، وكذلك مع اضطراب الشخصية التي فيها الخلط يكون أساسياً يزيد احتمال إجراء تدخل فعال.

بعد توضيح سمات الشخصية فإن اتصال الأخصائي النفسي لابد أن يشمل الإشارة للضغوط التي تساهم في نتائج الضرر على اختبار الذكاء، وفي الأداء الدراسي، وعن طريق تحليل سياق الشخصية عرضت أمثلة تشير إلى طريقة فهم الوظيفة العقلية ويرتبط بالمشكلات الدراسية التي سببت الإحالة أصلاً.

وبإضافة بعض الوصف لمتغيرات الشخصية وثيقة الصلة، فإن الاتصال من الأخصائي النفسي يزود إشارات إضافية تتعلق بالتوصية بالعلاج الفردي، والتشاور مع الأسرة، وتقديم الخدمات الاجتماعية للأسرة، أو التوصيات المتعلقة بمراجعات بيئة الطالب التعليمية. هذه الاستنتاجات يمكن الإشارة إليها في الجزء المتعلق بالنتائج، لكن يمكن عرضها أيضاً في الجزء النهائي للتقرير المعنون "الملخص والاستنتاجات".

الملخص والاستنتاجات
Summary & Conclusions

هذا الجزء الأخير من التقرير لابد أن يعرض فيه فقط النتائج الأساسية حول الشخص الذي تم اختباره، حتى يمكن معالجة القضايا المثارة بواسطة سؤال الإحالة بواسطة قراءة الجزء وحده، وطبيعة ملخص النتائج المعروض في هذا الجزء يزود إجابة على سؤال الإحالة الموجز نسبياً بسبب غياب مناقشة وتحليل داعمين، لكن الأساسيات التي ادمجت ستكشف عن نقاط رئيسية واستنتاجات.

والمضامين المتعلقة باحتمالات التدخل في ضوء النتائج الملخصة يجب أن تعرض أيضاً مثلاً، هذه التوصيات قد تكون إحالة للتقويم العصبي إذا انعكس الضرر العضوي قد انعكس في البيانات، أو تطبيق بطارية اختبار لضمان الدراسة الدقيقة لأي مشكلة قد يكشف عنها اختبار الذكاء، وثمة مثال آخر لتوصية تقترح مراجعة البيئة التعليمية للطفل، وللحفاظ على مستوى الوظيفة العقلية أو الإمكانيات كما تتحدد على الاختبار، وقد يوصي بأن يشجع المدرس مشاركة الطالب، أو يزيد الضغط عليه ليكون منتجاً، فضلاً عن توصية أخرى يجب ذكرها، أن يتشاور العاملين بالمدرسة أو المدرس مع الوالدين، ويشمل ذلك طريقة نقل النتائج والتوصيات إلى الآباء.

هذه التوصية يمكن صياغتها بتعبيرات توضح للوالد الأداء الوظيفي العقلي الحالي للطفل في ضوء نسبة مئوية تبين مكان مستوى الطفل مقارنة بأقرانه، هذه المجالات يمكن تفصيلها واقتراح الخطوات المساعدة في هذا التحسين للوالدين بلغة بسيطة وواضحة وغير مهددة، مثلاً إذا كانت مشاكل الانسحاب أو سهولة تشتت الانتباه تلعب دوراً في الصعوبات المدرسية، ويجب تزويد الإرشاد النفسي للوالدين حول هذا الجزء من المشكلة، والتحسين قد يتطور بعد الاجتماع مع الوالدين أو خلال الإرشاد الشخصي للطفل، ويستطيع الأخصائي النفسي عرض هذه التوصيات حين تبدو مناسبة أو كبدائل.

اللغة في تقرير اختبار الذكاء
Language in The Intelligence Test Report

إن دراسة التوصيات المتوقعة تركز على شرط الاتصال الواضح بلغة هادفة غير فنية ستعرض الصفات الإنسانية للمفحوص وتربطها بعبارات يسهل استيعابها بواسطة الوالدين، والتقرير كله الموجه للوالدين، والمرشدين، أو العاملين في

التوجيه يفيد أكثر إذا تم تجنب المصطلحات الفنية بقدر الإمكان، مثلاً العبارات البسيطة التي تعكس مسائل تشخيصية معقدة قد تشمل الشعور بالاختلاط، والاكتئاب، والشعور بالوحدة، أو الخوف، أو الذعر، والتي ترتبط بأمراض خطيرة أو متوسطة أو خفيفة يمكن ربطها بالأسباب عند التعلم، والعمل، والتفكير النظري، والعلاقات بين الأشخاص أو الحضور.

ودراسة مشكلات الفصام، والاكتئاب، وأنواع الفوبيا في ضوء عوامل داخل النفسي أو في العلاقات الشخصية، وعوامل الدفعات والسيطرة عليها وكذلك في ضوء الإحساس بالهوية وكل الأبعاد النفسية الأخرى القابلة للتطبيق والتي تكون زائدة وقد تقيم النقاط المهمة، لذلك من الأفضل استبدال أي مناقشة كاملة لهذه القضايا النفسية بمصطلحات وصفية مباشرة أبسط يستطيع استيعابها غير المختصين في الصحة النفسية.

في هذا الصدد فإن المفاهيم التي لها علاقة بالاندفاعية والعدوان يمكن الإشارة إليها ببساطة باستخدام هذه المصطلحات الوصفية بدون تدعيمها بمناقشة طبيعة القلق، إن ما يمكن ذكره هو أن الطفل ذي السلوك الاندفاعي لا يمكن أن يبطئ أداءه بما يكفي ليكون أكثر تفكيراً، ومنطقية وأن المشكلة التي سببها توتر معين تشمل والد، أو شقيق أو غيرهم، والأفكار المتعلقة بالحكم والثقة في النفس أيضاً يمكن نقلها في لغة وصفية مشابهة بواسطة التركيز على نتائج الاختبار عن طريق أمثلة من البروتوكول والملاحظات السلوكية، وقصر المناقشة على هذا المستوى يجنب التقرير الإضافات غير الضرورية لشبكة عوامل داخلية هامة معينة والتي قد تسبب الخلط للعميل عند تناولها بدلاً من أن تلقي الضوء على المسائل المتعلقة بالإحالة.

في أجزاء من التقرير الذي نوقشت فيها الوظيفة العقلية، يجب عرض نتائج التخلف، وإعاقات التعلم، والأضرار العضوية بأقل تركيز على المسائل الفنية المهمة، والتحليل الوصفي الذي يوضح ما يستطيعه العميل وما لا يستطيعه ويضيف العلاج ويزود تقييمات إضافية هو ما ينصح به وهو أكثر فائدة من المناقشة المصاغة صياغة فنية لوظيفة المخ، والتعبير عن مثل هذه "الأضرار العصبية" والعجز في مجالات عقلية معينة و"أوجه العجز المرتبطة بمجالات دراسية معينة" مفضلة على المصطلحات الإحصائية أو المتشائمة، والدمج الواضح لمجالات القوة التي يعرضها برتوكول المفحوص يوصي بها وتعتبر مفيدة، وكتابة تقرير عن هذه المجالات الإيجابية يضمن تقدير واكتساب الحساسية لكلا من الطفل والوالد.

ونوع التقرير الذي نوقش في هذا الفصل أقل فنية من تقرير التشخيص النفسي الكامل، رغم ذلك يجب نقل النتائج بعناية فغالباً فإن ما يطلق عليه تقرير أبسط وأقل فنية لمصدر إحالة أقل تطوراً أصبح تصميماً من التقرير التشخيصي النفسي المعقد المكثف وللكتابة ببساطة وبوضوح لأفراد مثل المدرسين، والآباء الذين على علم بالمفحوص المختبر جيداً قد يشكل تحدياً للأخصائي النفسي هذا التحدي في هذا العمل "الأبسط" قد يؤدي بسهولة إلى مواجهة عقبات عند صياغة وكتابة التقرير، والظروف التي تعرض للكاتب الذي يواجه إحدى أصعب الخبرات المتوقع أن يواجهها، يشمل الإعاقة والتسويف والقلق حول الأداء الوظيفي المهني.

عرض الفصل الأخير في شكل جزء ختامي Coda وهو جزء وثيق الصلة بموضوعنا وإن كان موضوعاً جديداً يدور حول اتخاذ خطوات للتغلب على معوقات كتابة التقرير، والمعلومات المفيدة بوجه خاص لبناء تقرير مزود والعديد من الدارسين سيجدون أنه حتى بعد إكمال دراساتهم المهنية، وبعد كتابة العديد من التقارير تحت إشراف، يواجهون عقبات مزعجة عند الكتابة رغم مدى إعدادهم والسؤال الذي يمكن طرحه ما هي المشكلات الخاصة التي يواجهها الأخصائي الإكلينيكي أو دارس علم النفس التي تخلف عقبات تولد ظاهرة إعاقة كتابة تقرير نفسي؟

ملخص Summary :

تناول هذا الفصل الشروط الخاصة المتضمنة في إعداد تقويم المستوى العقلي وتقرير الاختبار لغير المختصين وللعاملين في البيئات التعليمية، ولأن قراءة مثل هذا التقرير الذين قد يكون منهم مرشدي توجيه نفسي، أو مدرسين، أو آباء، فقد عرضت المناقشة المعالجة المتميزة الضرورية عند وضع هذا التقرير، والتي تشمل التحليل الوصفي بلغة واضحة غير فنية، تدمج سلوك المفحوص ووظيفته العقلية ووظيفته الشخصية، وهدف التقرير الموجه لأفراد يعملون في مجالات أخرى غير الصحة النفسية أساساً يعني بالنتائج العقلية، بالتالي فإن محور هذا الفصل عني واهتم بكيفية العرض الفعال لدرجات الذكاء I.Q للمدرسين والآباء، ووصف ملخص نهائي للتقرير يركز على أهمية إدراج التوصيات للتدخل ووصف كيفية استخلاص هذه التوصيات، وكيفية نقلها بطريقة مناسبة وفعالة.

١٧

الفصل السابع عشر
التغلب على عقبات كتابة التقرير

الفصل السابع عشر
الجزء الختامي Coda

التغلب على عقبات كتابة التقرير
Overcoming Impasses in Report Writing

إن الطالب أو المهني الذي يطبق بطارية الاختبارات المطلوبة قد يعاني من صعوبة كبيرة في بداية كتابة النتائج، بالمثل في عملية وضع التقرير، توجد عقبات أمام استمرارية وإكمال التقرير تؤدي إلى تأجيله بلا داعي، في هذا الفصل نوقشت هذه العقبات وعرضت الطرق التي يمكن أن تساعد في منع حدوث هذه العقبات، وتوجه المناقشة القارئ إلى الكتابة الفعالة للنتائج مع أقل العقبات والتسويف.

من المفهوم أن الأخصائيين النفسيين والطلاب قد يجدون صعوبة خاصة في وضع التقارير النفسية، مقابل المواد المكتوبة الأخرى مثل المراجعات في الكتاب، والأوراق البحثية، وملاحظات المريض، وكذلك التقارير التجريبية، والطالب والأخصائي النفسي المهني يمكن أن يعد مادة مكتوبة بطريقة مباشرة نسبياً، في هذه الحالات، فإن دمج النتائج قد يكون أكثر سهولة في التقرير علاوة على أن تقرير الاختبار النفسي يتطلب توفير خبرة عملية مهنية، وقرارات إدارية مبنية على الدمج للبيانات المعقدة.

بسبب ذلك فإن بعض المشكلات التي يواجهها المختص بسبب شروط التقرير النفسي الكتابي تتعلق بالصراعات التي يواجهها الدارس عن تحمل السلطة، يشمل ذلك عدم الشعور بالأمن في الدور، وظهور مشاعر عدم ملاءمة على السطح، وظهور الشك حول الصدق الفعلي للاختبارات، هذه العناصر الأساسية هي سمات مشتقة لاهتمام الكاتب بالدور والمكانة المهنية، ويجب تذكر أنه في الممارسة الإكلينيكية والممارسة النفسية التطبيقية، فإن الجهاز الفني أو الملموس الوحيد المرئي للمريض والأخصائي النفسي هو مواد الاختبار، لذلك فإن مشكلات تقلد منصب رسمي ذي خبرة عملية تتفاقم بواسطة مطالب استخدام تقنية الاختبار وكذلك بواسطة ضغوط الشك في الذات داخلياً.

إن القلق المتولد عن استخدام هذه التقنية والضغوط الداخلية للشك في الذات يعبر عنها بطرق شتى، مثلاً عندما يكون هذا النوع من التوتر غالباً، يصاب الكاتب بالاختلاط بشأن لمن سيوجه التقرير، هل هو كتب فقط لمصلحة المريض أو من أجل الحصول على إجابات مفصلة من المشرفين أو أفراد الإحالة الآخرين؟ بعض الكتاب قد يصابون بالقلق لأن عليهم إنتاج كل تقرير في شكل يشبه إحدى الروائع الأدبية، وعموماً فإن مشكلة الكاتب قد تثير الإحساس بالاختلاط حول ما إذا كان محور التقرير على المريض، أو المشرف أو القائم بالإحالة أو الذات.

هذا النوع من الشعور بالاختلاط يشكل عقبة كبرى عند كتابة التقارير النفسية ونقص الوضوح حول لمن يوجه التقرير يدخل القلق حول الدور المناسب للكاتب، ويصبح من المستحيل تقريباً صياغة أفكار لها يشعر الكاتب بالالتزام بسب الشك حول هدف التقرير وجمهوره.

حل أزمة قلق الدور

Resolving The Role - Anxiety Dilema

إن القلق المرتبط بردود الفعل المتوقعة لتقرير ما قد ينتج عن وجود العديد من الأفراد الذين قد يقرأونه أو يقومونه، وكل من لهم علاقة بالتقرير النهائي، بما فيهم الكاتب، يعتبرون منفصلين عن بعضهم بعضاً ولديهم مصالح مختلفة، هذه المصالح أو الأدوار المختلفة تقوم أكثر بطريقة إيجابية وسلبية، مثلاً المريض قد يمثل الجانب السيئ لأنه وضع في الدور المرضي، وكاتب التقرير، من أجل أن يتجنب التوحد مع الجانب السيئ –أي المريض– قد يكون عليه بناء تقرير يسعد المشرف، أو الزميل المهني، أو مصدر الإحالة، ولذلك حب تصور الكاتب، يصبح الجانب المحسن ويكتسب القبول من المشرف أو الزميل، وتحقيق هذا الهدف قد يلبي الرغبة في أن يظهر الكاتب في صورة جيدة ويتلقى الثناء، وصعوبة كتابة التقرير في ظل هذه الظروف الخيالية هي أن التقرير يجب أن يصبح وثيقة جديرة بالثناء.

ولكي يتغلب الكاتب على مثل هذا الصراع النفسي غير الضروري، من المفيد أن يعتبر التقرير آلية موحدة في سياق الإحالة الشامل، يعني ذلك أن التقرير هو مظهر تعاوني للتحالف بين المريض، ومصدر الإحالة، أو المشرف، والكتاب بهذا المفهوم ليس هناك مصالح متعارضة أو تمثيل للخير والشر، بل هناك هدف البحث عن الحقيقة بأقصى ما يمكن.

ولإزالة العقبات النفسية التي يعانيها كاتب التقرير من المهم التعـرف علـى أهمية تقرير الاختبار النفسي من حيث الوضوح والبسـاطة وطريقـة صـيرورة التقرير ذاته أداة تعلم مفيدة وجديدة لمصدر الإحالة أو المشرف وكذلك للكاتب.

دور المشرف
The Supervisor's Role

غالباً ما يُنظر للمشرف أو مصدر الإحالة أو الزملاء المهنيين الآخرين الـذين يطلعون على التقرير على أنه واسعي المعرفة والحكم، في نموذج الإشراف الناتج عن وجهة النظر هذه، وفيه يعمل طالب مع مدرس تقويمي نقدي حكـيم، وجهـة النظر هذه مفرطة التبسيط تؤدي إلى توتر كبير حول كتابة التقارير وينـتج عنهـا عقبات حتماً، ووجهة النظر الساذجة هذه نفسها أيضاً تطبق بين القـائم بالاختبـار ومصدر الإحالة.

والسياق الفعلي للإشراف، والإحالة، والاتصال المهني مختلـف للغايـة، إن الإشراف هو حالة مشاركة فيها يتم الكشف عن العملية وإحالة الأفراد المـشتركين والطالب وكذلك الأخصائي النفسي المهني يجب أن يركز على موضوع الإشـراف المحوري أي إنشاء تقرير حول الأداء الوظيفي لمريض، وبناء التقرير النهائي بكل مراحله، يشكل فرصة تعليمية قيمة هائلة، معينة للمشرف أو مصدر الإحالـة كمـا هي للكاتب وهكذا فإن التقرير يعكس جهداً تعاونياً بين كل المعنيين بـه: الكاتـب، والمشرف، أو مصدر الإحالة وكذلك المريض.

وبخصوص القلق حول التقويم باعتباره تقسيم للصالح والسيئ بشأن المـريض والأخصائي النفسي، تم إيضاح أن المريض يمكن اعتباره الطرف السيئ بـسهولة، ولمواجهة هذا الرأي المشوه، يجب أن نضع نصب أعيننا أن المـريض لا يـزود مشكلات، أو مادة سيئة، أو أمراض مرعبة، إنه يزود فقط نماذج مـن الـسلوك، والطبيعة التعليمية للتقرير وعملية إيجاده هـي جزئيـاً معتمـدة علـى حقيقـة أن استجابات المريض وعينات سلوكية ليست صواباً أو خطأً، بل فقط هي استرشادية وممكنة التفسير، لذلك في الجهد الإشرافي، أو في عملية الاتصال المباشـر بـين الكاتب ومصدر الإحالة فإن الاعتبار الرئيسي هو ما يجب تعلمه، والمشرف وكاتب التقرير يشاركان في الكشف عما يجب تعلمه ووضعه في لغة اتصالية.

والأخصائي النفسي المهني الذي يعمل بدون إشراف داخلي يمكن أن يواجـه

المشكلة ذاتها مثل الأخصائي النفسي الذي يعمل تحت إشراف هذه المشكلة مبنية على العلاقة الداخلية للأخصائي النفسي بين ذاته المبدعة وذاته التقويمية النقدية، هذان الجانبان يمكن أن يصبحا منفصلين عن بعضهما البعض، ويتم الشعور بهما كقوى منفصلة متعارضة، يتولد عنها التوتر، وهكذا فإنه في غياب إشراف خارجي للمرء على دفعاته وحاجاته التقويمية، التي إذا كانت شديدة قد تكون عوامل محددة تضطر الكاتب إلى السعي نحو وضع تقرير رائع وبذلك يعاق تطوره، هذه الحاجات للإتقان تولد التسويف والخوف من كتابة التقرير، وتصبح مصالح المريض مهددة وعلى الأخصائي النفسي أن يضع نصب عينيه الأهمية الجوهرية للتحالف مع كلا من المريض ومصدر الإحالة، واتجاه التحالف يمكن أن يساعد على تمكين الأخصائي النفسي من إعداد تقرير مناسب ومفيد لتوصيله مهنياً، ومتطابق مع بيئة التعلم والتعليم.

واتخاذ خطوات لتخفيف القلق من الدور والإحساس بالانقسام الخارجي والداخلي يساعد على إحدى عقبات الكتابة الكبرى.

والممضون البارز لذلك هو أن كاتب التقرير مشترك في عملية فيها الصراعات الشخصية أو الداخلية لديه ومحاولاته لإيجاد صياغة مقنعة للتقرير ليست منفصلة بالأحرى فإن جهد الكاتب الأساسي هو الحفاظ على التحالف بالمشاركة لإيجاد تقرير يولد مناخ تعلم لاتجاه تعاوني خاص للكاتب.

أزمة النشاط/ السلبية

The Active - Passive Dilemma

ثمة مشكلة أخرى يمكن أن تتدخل في جهود وضع تقرير هي ظاهرة السلبية التي تحدث في مواجهة مطالب متأصلة في مهمة الكتابة، وتشمل هذه المطالب الحاجة للتنظيم، وإضفاء معاني على الكلمات في جملة البيانات التي جمعت، كذلك فإن سلبية الكاتب يمكن أن تتدعم بواسطة الإحساس أن مصدر افحالة ينتظر الحصول على تقرير كامل، عندما ينظر كاتب التقرير النفسي لهذه المهمة فقط في ضوء الوفاء بالشروط المطلوبة، قد تصبح نوعية الموقف مبالغ فيها في هذه الحالة فإن مجموعة البيانات المطلوب تفسيرها تعتبر هائلة، ويتحول مصدر الإحالة إلى مصدر ملح عديم الصبر.

في ظل هذه الظروف فإن السلبية التي يشعر بها الكاتب تكون بالفعل مثالاً

للشك في الذات السابق ذكره، وتوتر الدور، والانفصال عن الإحالة وعملية الاختبار، والتناقض الظاهري الواضح بشأن هذا القلق هو أن موضوعية الأخصائي النفسي تزيد عندما يتيح لنفسه أن يكون مشاركاً ومتحداً مع عملية الإحالة بأكملها، على النقيض فإن موضوعية الأخصائي النفسي تتناقض ويتزايد قلقه عندما يجد نفسه منفصلاً، والحل لهذا التناقض الظاهري يكمن في فهم أن التقرير يعزز مناخ التعلم ولا يمكن تصميمه إلا عند إزالة التقسيم بين الجيد والرديء.

والمساعي المشتركة للأخصائي الاجتماعي في عملية الإحالة برمتها لها مضامين عديدة، فهي تعكس إزالة العقبات النفسية، وتشهد على مشاركة الأخصائي النفسي، وتتيح للأخصائي النفسي أن يكون موضوعياً لصالح المريض، هذه العوامل جميعها تمكن الأخصائي النفسي من المساهمة في مناخ التعلم الشامل لتسلسل الأحداث هذا فقط عندما يتحد الأخصائي النفسي مع المريض وتسلسل العوامل داخل الإحالة يمكنه حينئذ الثقة في البيانات، وإذا انفصل عن المريض ومال للحفاظ على الانقسام، حينئذ يكون من الصعب له الوثوق في انطباعاته، في حالة الشك في الذات هذه والتي تثور بشأن خبرته العملية ومساهمته، تصبح البيانات محل شك.

والأخصائي النفسي أو الدارس الذي يستطيع أن يعي بهذه القضايا لا يخاف من البيانات، ويستطيع مناقشة الانطباعات التي تثيرها البيانات مهما كانت مضامينها، ويستطيع أن يعمد في هدوء أمام ردود فعل من يقرأون التقرير، والانتقادات أو الاختلافات ترى بصفتها عوامل في موقف تعلم فيه البيانات تكون مصدراً للمعرفة، مثلاً هب أن أحد المرضى الذين تم اختبارهم ولد استجابات طوال البرتوكول تعكس أفكار انتحارية، رغم أن المريض قد لا يبدو مكتئباً صراحة وكل من يعرفه جيداً لا يتعرف على ميول انتحارية لديه، رغم ذلك فإن الأخصائي النفسي يستطيع أن يتمسك بحزم بالبيانات وأيضاً مع المريض ويدعم الأخصائي النفسي خبرة المريض حتى عندما لا يستطيع الأخير التعبير عنها لفظياً بوضوح وعندما لا يستطيعون الآخرون إدراكها، والدعم يعني فقط الخبرة، ودمجها، وكتابة تقرير عنها، والتعلم حولها.

وبالتالي فإن التصور الذاتي، والميل غير الطبيعي للنقاش، والإجهاد، والسلبية التي هي عقبات رئيسية أمام كتابة التقرير يمكن أن تحل جزئياً عندما يستوعب كاتب التقرير ويقيم دوره في سياق عملية الإحالة ومساهمته في مناخ التعلم.

حدود التقدير
Appreciation Limits

إن طبيعة البيانات المتحصلة عن طريق الاختبار النفسي لها مضامين عديدة وتشعبات، ومهمة الكاتب هي تقرير ما هي الأفكار، والفروض، والاستنتاجات المحورية، وتوصيل الاستنتاجات يشمل ما يجب تعلمه من البيانات لمصلحة المريض ومن في عملية الإحالة.

ومن الأهمية بالمثل لبدء الكتابة هي تحديد متى يكون من المناسب التوقف، وأي برتوكول يمكن تحليله تحليلاً إضافياً واستخدامه لاستخلاص معلومات أخرى، إن هدف التقرير هو تزويد معلومات محددة حول المريض والتي ستفيد لأقصى درجة في فهم والتخطيط لذلك المريض، والتزويد الزائد بالمعلومات يتدخل في مصلحة المريض بنفس تدخل نقص المعلومات والسمة الأخرى للمعلومات المستمدة من البيانات هي أنها استنتاجية والأخصائي النفسي مدرب تدريباً فريداً لتنظيم الاستنتاجات، من أجل تكوين مناقشة مقنعة مفهومة، مع ذلك يجب التنويه أن هناك درجات من الاستنتاج مثلاً، كثيراً ما يكون أمراً مغرياً أن نخمن التاريخ المبكر للمريض، والعلاقات، والصدمات، بناء على ما يبدو ارتباطات منطقية بالبيانات الحالية ويجب على الأخصائي النفسي أن يقدر أن التقرير الذي يكونه هو تقويم نفسي يشمل معلومات تشخيصية وتتعلق بالشخصية، وليس تاريخاً نفسياً، أو خلاصة نفسية اجتماعية، والتقديرات الفلسفية والأبنية النفسية التاريخية يمكن أن توجد بسهولة حالة فيها يستغل كاتب التقرير المريض بطريقة غير ذكية.

ومقابل المصالح الشخصية للكاتب فإن التقرير يكون فقط حول المريض وأدائه الوظيفي الحالي، وبناء شخصيته، والقلق، والأعراض، والسلوك، والذكاء والتكامل الانفعالي وكذلك التحكم المعرفي، ولمعرفة متى نقيد التخمين والالتزام بالبيانات، واضعين مصلحة المريض نصب أعيننا، يجب تأمل مدى نضج الأخصائي النفسي أو الطالب، وسترى النضج بالطبع، يتغير ويتطور بمرور الوقت، المسألة أن الكاتب للتقرير ناضج أو غير ناضج، بالأحرى فإن نضجه ينعكس في إحساسه بالتحالف مع عملية الإحالة بأسرها، والتي فيها يستمد قدرة أكبر على كتابة التقرير والفهم والتقدير المطلوبان بشأن بناء التقرير النفسي يشملان الصلة أو الارتباط بمصالح المريض والتي تتطور نتيجة الجهد المستمر، والإشراف، وسعي الكاتب الأصيل لإيجاد والمشاركة في مناخ التعلم، وكتابة

التقرير النفسي تشكل تدريباً مهماً للأخصائي النفسي والقدرة المتنامية على المساهمة في تحقيق صالح المريض من التعرض المتكرر لمجموعة مواقف اختبار عديدة، كل منها يزود فرصة فريدة للتعلم حول معاني بناء الشخصية، والتشخيص، والسلوك، والقلق، إنه نشاط تعلم فيه يساهم المريض بعينات من الإجابات لرصيد الأخصائي النفسي من المعلومات والخبرة.

ودقة وقدرة الأخصائي النفسي تعمق قدرته الناتجة على المساهمة في سياق الإحالة ولتحقيق أقصى مصلحة للمريض، وكتابة التقرير النفسي تفيد المريض وتساهم في التطوير المستمر ونمو الأخصائيين النفسيين ودارسي علم النفس.

قراءات موصي بها

Recommended Readings

قراءات موصي بها
Recommended Readings

CLINICAL APPLICATION OF PSYCHOLOGICAL TESTS

Allison, J., Blatt, S. J., and Zimet, C.N. The Interpretation of Psychological Tests. New York: Harper &Row, 1968.

Arnold, M. B. Story Sequence Analysis. New York: Columbia University Press, 1962.

Beck, S. J., Beck, A., Levitt, E., and Molish, H. B. Rorschach's Test. I: Basic Processes (3rd ed.) New York: Grime & Stratton, 1961.

Bender, L. A Visual Motor Gestalt Test arid Its Clinical Use. New York The American Orthopsychiatry Association, 1938.

Benton, A. L The Revised Visual Retention Test- Clinical and Experimental Applications. New York: The Psychological Corporation, 1955.

Blank, L. Psychological Evaluation In Psychotherapy. Chicago: Aldine, 1965.

Caligor, L A New Approach to Figure Drawings. Springfield: Charles C. Thomas, 1957.

Exner, J. E. The Rorschach: A Comprehensive System. New York: Wiley, 1974.

Hammer, E. The Clinical Application of Projectlve Drawings. Springfield: Charles C. Thomas, 1958.

Klopfer, B., Aimsworth, M. D., Klopfer, W. G. and Holt, R. R. Developments In the Rorschach Technique. Vol. I. Technique and Theory. New York: Harcourt, Brace & World, 1954.

Machover, K. Personality Projection In the Drawing of the Human Figure. Springfield: Charles C.Thomas, 1949.

Murray, H. A. Thematic Apperception Test. Cambridge: Harvard University Press, 1943.

Phillips, L., and Smith, J. 'G. Rorschach Interpretation: Advanced Technique. New.York: Grune & Strattori, 1953.

Piotrowskl, Z. A. Perceptanalysls. New York: Macmillan, 1957.

Rapaport, D., Gill, M. M., and Schafer, R. Diagnostic Psychological Testing.New York: International Universities Press, 1970.

Rorschach, H. Psychodiagnostics. New York: Grune & Stratton, 1951.

Schafer, R. Clinical Application of Psychological Tests. New York: International Universities Press, 1973.

THE CLINICAL INTERVIEW

Bird, B. Talking with Patients. Philadelphia: Lippincott, 1955.

Blum, L. H. Reading Between the Lines: Doctor-Patient Communication. New York: International Universities Press, 1972.

Console, W. A., Simons, R. C., and Rubinstein, M. The First Encounter: The Beginnings in Psychotherapy. New York: Aronson, 1976.

Deutsch, F., and Murphy, W. R The Clinical Interview, Vol. I. New York: International Universities Press, 1955.

Gill, M., Newman, R., and Redlioh, F. G. The Initial Interview in Psychiatric Practice. New York: International Universities Press, 1954.

Mackinnon, R. A., and Michels, R. The. Psychiatric Interview In Clinical Practice. Philadelphia:.Saunders, 1971.

Pruyser, P. W. The Psychological Examination. New York: International Universities Press, 1979.

Stevenson, I. The Diagnostic Interview, 2nd ed. New York: Harper & Row. 1971.

Sullivan, H. S. The Psychiatric Interview. New York: W. W. Norton, 1954.

REALITY TESTING AND COGNITIVE FUNCTIONING

Ausubel, D. P., and Kirk, D. Ego Psychology and Mental Disorder: A Developmental Approach to Psychopathology. New York: Grune & Stratton, 1977.

Hartmann, H. Ego Psychology and the Problem of Adaptation. New York: International Universities Press, 1951.

Jacobson, E. Psychotic Conflict and Reality. New York: International Universities Press, 1967.

Rapaport, D., ed. Organization and Pathology of Thought. New York: Co-. lumbia University Press, 1951

Vaillant, G. E. Adaptation to Life. Boston: Little, Brown, 1977.

INTELLECTUAL FUNCTIONING

Hunt, J. McV. Intelligence and Experience. New York: Ronald Press, 1961.

Matarazzo, J. D. Wechsier's Measurement and Appraisal of Adult Intelligence. 5th enl. ed. Baltimore: Williams & Wilkins,.1972.

Weohsler, D. The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1958.;

Zimmerman, I. L., and Woo-Sam, J. M. Clinical Interpretation of the Wechsler Adult Intelligence Scale. New York: Grune & Stratton, 1973.

ANXIETY

Freud, S. The Problem of Anxiety. New York: W. W. Norton, 1936.

Izard, C. E. Patterns of Emotions: A New Analysis of Anxiety and Depression. New York: Academic Press, 1972.

Lader, M. H., and Marks, I. Clinical Anxiety. London: Heinemann, 1971.

May, R. The Meaning of Anxiety. New. York: The Ronald Press, 1950.

IMPULSE VERSUS CONTROL

Abt, L. E., and Weissman, S. L, eds. Acting Out. New York: Grune & Stratton, 1965.

Izard, C. E., ed. Emotions in Personality and Psychopathology. New York: Plenum, 1979.

Lion, J. R. Personality Disorders: Diagnosis and Management. Baltimore: Williams &Wilkins, 1974..

Saul, L. J. Emotional Maturity: The Development and Dynamics of Personality and Its Disorders. Philadelphia: Lippincott, 1971.

Wishnie, H. The Impulsive Personality: Understanding People with Destructive Character Disorders. New York: Plenum, 1977.

DEFENSIVE STRUCTURE

Freud, A. The Ego and the Mechanisms of Defense, rev. ed. New York: International Universities Press, 1966.

Laughlin, H. P. The Ego and Its Defenses. New York: Appleton-Century-Crofts, 1970.

Sjoback, H. The Psychoanalytic Theory of Defensive Processes. New York: Wiley, 1973.

White, R. B. Elements of Psychopathology: The Mechanisms of Defense. New York: Grune & Stratton, 1972.

INTERPERSONAL BEHAVIOR AND CHARACTER STRUCTURE

Deutsch, H. Neuroses and Character Types: Clinical Psychoanalytic Studies. New York: International Universities Press, 1965.

Erikson, E. H. Childhood and Society, 2nd ed. New York: W. W. Norton, 1963.

Erikson, E. H. Identity, Youth and Crisis. New York: W. W. Norton, 1968.

Reich, W. Character-Analysis, 3rd. ed. New York: Farrar, Straus & Giroux, 1949.

Shapiro, D. Neurotic Styles. New York: Basic Books, 1965.

DIAGNOSIS

Burton, A., and Harris, R. E. Clinical Studies of Personality. New York: Harper, 1955.

Choca, J. Manual of Clinical Psychology Practicums. New York: Brunner/ Mazel, 1980.

Costello, C. J., ed. Symptoms of Psychopathology: A Handbook. New York: Wiley, 1970.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.

Gardner, R. A. The Objective Diagnosis of Minimal Brain Dysfunction. Cress-kill, N.J.: Creative Therapeutics, 1979.

Lezak, M. D. Neuropsychological Assessment. New York: Oxford University Press, 1976.

Pruyser, P. W., ed. Diagnosis and the Difference It Makes. New York: Aronson, 1976.

Strahl, M. O., and Lewis, N. D. C., eds. Differential Diagnosis in Clinical Psychiatry: The Lectures of Paul H. Hoch. New York: Science House, 1972.

Small, L. Neuropsychodiagnosis in Psychotherapy. New York: Bruner/Mazel, 1973.

REPORT CONSTRUCTION

Klopfer, W. G. The Psychological Report. New York: Grune & Stratton, 1960.

Noland, R. C. Research and Report Writing in the Behavioral Sciences. Springfield: Charles C.Thomas, 1970.

Tal|ent, N. Psychological Report Writing. Englewpod Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1976.

فهرس المصطلحات

Index

فهرس المصطلحات
Index